

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N° 604

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 juillet 1897, à 1 heure

Par JEAN DE SÉVEDAVY,

Né à la Roë (Mayenne) le 7 janvier 1872

DE LA

CONGESTION ISOLÉE DU FOIE
DANS LES CARDIOPATHIES

Président, M. DIEULAFOY professeur,

Juges { MM. DEBOVE, *professeur.*
GILBERT et MÉNÉTRIER, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1897

604

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 juillet 1897, à 1 heure

Par JEAN DE SÈVEDAVY,

Né à la Roë (Mayenne) le 7 janvier 1872

DE LA

CONGESTION ISOLÉE DU FOIE
DANS LES CARDIOPATHIES

Président, M. DIEULAFOY professeur,

Juges { MM. DEBOVE, professeur.
GILBERT et MÉNÉTRIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 1.

—
1897

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHEL.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		N.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale		LANDOUZY
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBENE
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE.
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
Maladie des enfants		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		
Clinique chirurgicale	}	JOFFROY.
		FOURNIER.
Clinique des maladies des voies urinaires		RAYMOND.
Clinique ophthalmologique		TILLAX.
Clinique d'accouchements	}	BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU
		GUYON.
		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Agréés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILLEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON EXCELLENTE MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de clinique médicale
Membre de l'Académie de médecine.
Officier de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA

CONGESTION ISOLÉE DU FOIE

DANS LES CARDIOPATHIES

INTRODUCTION

Nous avons été frappé au cours de notre stage médical de la fréquence relative des troubles hépatiques primitifs chez les malades atteints d'affection du cœur. Le retentissement des troubles cardiaques sur le foie a été signalé depuis longtemps et étudié à différentes reprises. Il était, en effet, facile, dès que l'on connaissait la marche du sang, de concevoir que le foie serait rapidement atteint dans le cas d'obstacle à la circulation intra-cardiaque.

Au début, on a tout expliqué mécaniquement, hydrauliquement en quelque sorte. Mais bientôt, on s'est rendu compte que les choses ne se passaient pas aussi simplement, et l'on a remarqué que la stase pouvait marcher

d'une façon moins prévue, moins régulière, qu'elle pouvait, selon une expression classique, sauter des écluses. Et l'on a étudié plus spécialement les cas où cette stase se localisait au niveau d'un organe, au niveau du foie surtout.

Il nous a semblé que ce fait, bien connu maintenant, s'il est intéressant au point de vue de la physiologie générale, l'est aussi à un point de vue moins élevé, au point de vue clinique. Nous avons eu sous les yeux plusieurs faits, dans lesquels, sans les leçons de maîtres expérimentés, nous serions passé à côté de la vérité, où nous n'aurions pu, livré à nos propres forces, rattacher la congestion hépatique à la cardiopathie latente, ou ignorée jusque-là. Nous avons vu d'autres cas où, la cardiopathie étant déjà un fait avéré, mais n'amenant aucun trouble cardiaque, nous n'aurions osé l'invoquer pour expliquer les troubles hépatiques.

Nous avons été amené ainsi à rechercher dans la littérature médicale les différentes observations qui se rattachent à ce phénomène et nous avons vu que nombreux sont les cas où des erreurs de diagnostic ont été commises: tel le cas, par exemple, où une ponction a été faite dans un simple foie cardiaque, pris pour un kyste hydatique.

Voilà donc un fait bien connu, sur lequel de nombreux travaux ont été publiés, qui se rencontre assez fréquemment en clinique, et qui est souvent d'une interprétation difficile.

Le foie est d'ailleurs un organe auquel la physiologie découvre chaque jour de nouvelles fonctions, et à qui la pathologie est obligée de consacrer chaque jour de nou-

veaux chapitres, si grande est la nécessité de son bon fonctionnement, tant le retentissement d'une lésion à son niveau se fait retentir dans toute l'économie. Nous avons pensé que cette dissertation nous serait à la fois attrayante et profitable, d'une part en portant sur des faits auxquels notre attention a été fixée, d'autre part en nous occupant plus spécialement à la pathologie hépatique.

Qu'il nous soit permis de remercier en tête de cet essai, M. le professeur Dieulafoy qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, M. Benjamin Anger notre premier maître, M. le Dr Ferrand qui nous a initié aux secrets de la clinique médicale M. le Dr Peyrot qui a complété notre instruction chirurgicale et M. le professeur Pinard qui a su nous rendre agréable l'art difficile des accouchements.

Je rends également hommage à M. le Dr Constantin Paul de regretté mémoire.

DÉLIMITATION DU SUJET

Le foie réagit de différentes façons aux troubles de la fonction cardiaque, de différentes façons selon les individus, de différentes façons chez le même individu et selon les périodes de l'affection du cœur. Le foie cardiaque passe par plusieurs phases et l'on divise en général son étude, d'abord en deux périodes distinctes : dans la première, le foie est simplement augmenté de volume et présente des phénomènes d'hypertémie simple : dans la deuxième période, les lésions du parenchyme hépatique existent déjà. Il se forme de la sclérose sus-hépatique partout, de la sclérose périportale aussi, mais plus tard et en moins grande quantité.

Dans cette deuxième période, le foie peut être diminué de volume, on a alors affaire à une cirrhose cardiaque atrophique, ou bien il peut être augmenté de volume, c'est la cirrhose cardiaque hypertrophique, de beaucoup la plus fréquente. Les deux formes peuvent d'ailleurs se succéder, l'atrophie succédant à l'hypertrophie.

Dans cette deuxième période, il existe de la sclérose. Dans la première période au contraire, il n'y a pas encore

de traces, il n'y a qu'une simple dilatation des veines sus-hépatiques et des capillaires hépatiques.

C'est de cette première période que nous voulons nous occuper ici, mais seulement dans les cas, où on l'observe sans troubles asystoliques du côté d'autres organes que le foie, dans les cas où le foie seul est atteint, à l'exclusion de toutes les autres parties de l'économie. On se demande alors pourquoi ne pas conserver la dénomination classique d'asystolie hépatique. C'est que cette expression ne peut vraiment être comprise que par les plus initiés. Le mot asystolie, qui voulait dire littéralement absence de systole, a été détourné une première fois de son sens véritable pour désigner l'insuffisance cardiaque sous toutes ses formes. Quand on a remarqué que l'insuffisance cardiaque pouvait se traduire dans un organe unique, on s'est servi encore du mot asystolie, que l'on a fait suivre du nom de l'organe lésé : asystolie pulmonaire, asystolie rénale, asystolie hépatique.

Et jusque-là encore l'expression était claire et compréhensible ; mais voici que, en dehors de toute lésion cardiaque, on emploie le mot asystolie pour désigner l'insuffisance d'une fonction, de la fonction hépatique par exemple. Dans la bouche de certains auteurs, le terme d'asystolie hépatique ne désigne plus les troubles apportés dans le foie par un cœur qui fonctionne mal, mais des troubles de la fonction hépatique, chez des malades qui ne sont que des hépatiques et qui n'ont aucune lésion du côté du cœur.

C'est un de ces abus de langage auxquels amènent fatalement les comparaisons que l'on est obligé de faire si

souvent pour éclairer l'étude de la pathologie. Mais combien le mot asystolie est loin de la signification qu'il avait dans la bouche de Beau; combien il est loin aussi de celle que lui donnait Hanot quand il parlait de l'asystolie hépatique!

C'est une des raisons qui nous ont déterminé à ne pas nous servir de cette expression en tête de cet essai. Mais de plus, l'asystolie hépatique, telle que l'a déterminée Hanot et son école, est plus compréhensive que notre étude.

En effet, il est des cas où il y a insuffisance hépatique sans phénomènes de congestion, sans augmentation de volume, sans dilatation des veines sus-hépatiques, sans ectasie des capillaires, où l'insuffisance hépatique ne se traduit que par des modifications dans les oxydations. L'examen clinique de l'hypochondre droit ne donne que des résultats négatifs, et il faut s'adresser à l'examen des urines pour constater la déchéance fonctionnelle du foie.

Enfin dans d'autres cas, c'est dans un foie qui souffre déjà depuis longtemps de la lésion cardiaque que se passe l'asystolie locale.

« L'asystolie hépatique se montre sous deux formes distinctes. Tantôt elle ne dépasse pas la période congestive et disparaît complètement, comme la congestion ordinaire. Tantôt, surtout quand elle s'est répétée un plus ou moins grand nombre de fois, elle devient permanente et constitue une des variétés de la cirrhose hépatique d'origine cardiaque » (1).

1. Hanot. *Semaine médicale*, 1894, page 193.

C'est donc de la seule congestion du foie déterminée par une lésion cardiaque que nous nous occupons, alors que cette lésion cardiaque n'a amené encore aucun trouble autre dans l'organisme. Nous ferons en quelques mots l'historique de la conception de cette phase localisée, conception qui est relativement récente. Nous étudierons ensuite les phénomènes cliniques par lesquels elle se traduit aux yeux de l'observateur. Nous passerons en revue les différentes erreurs dans lesquelles on peut tomber. Enfin nous chercherons quelles sont les indications que la congestion isolée du foie peut donner au double point de vue de l'avenir du malade et de la thérapeutique à instituer. Nous terminerons en résumant les différentes théories qui ont cherché à donner une explication du fait clinique en se basant soit sur des données anatomiques, soit par des données étiologiques.

HISTORIQUE

Le retentissement du cœur sur le foie n'est pas étudié depuis fort longtemps. Et comment l'aurait-il été puisque d'une part les affections du cœur, d'autre part les affections du foie étaient si peu connues? Si l'on avait remarqué que les malades qui avaient de l'oppression et des œdèmes avaient souvent de la congestion du foie, comment aurait-on pu rattacher cette augmentation de volume de la glande hépatique à une cardiopathie, que l'on ne soupçonnait pas et qui n'aurait pu être décelée que par la connaissance des souffles, que l'on n'avait pas encore.

Ce n'est donc pas avant Laënnec, avant la découverte de l'auscultation, qu'il faut chercher même la simple indication de la stase hépatique isolée d'origine cardiaque. Corvisart, qui, le premier, a bien fixé l'attention sur les troubles hépatiques consécutifs aux troubles cardiaques, ne parle pas du cas spécial dont nous nous occupons (1).

Andral note cependant que les phénomènes asystoli-

1. Corvisart, *Essai sur les maladies du cœur*, 1818.

ques peuvent disparaître à peu près complètement et ne laisser que de la congestion du foie. « D'autres fois cependant l'engorgement du foie survit à l'exagération des symptômes de la maladie du cœur, bien que le trouble de la respiration ne soit plus que peu considérable et que la respiration ne soit que médiocrement gênée, le foie conserve un volume inaccoutumé » (1).

Mais cette phrase passe inaperçue, personne ne s'occupe plus de ce fait signalé en passant : et l'on se livre à l'étude qui des maladies du cœur, qui des maladies du foie. Le champ était vaste d'ailleurs et il a été bien défriché. On discute pour savoir si la cirrhose hépatique est d'origine cardiaque ou si elle est d'origine hépatique. On ne parle toujours pas de l'isolement de la stase d'origine cardiaque dans le foie.

Dans l'asystolie, la théorie mécanique était instituée et primait tout : les maladies du cœur gauche gênent la petite circulation ; celle-ci détermine l'insuffisance tricuspидienne et la dilatation du cœur droit. Enfin le système cave est atteint, foie et jugulaires se congestionnent à leur tour, à leur rang.

Cependant, à l'instar d'Andral, on peut trouver des auteurs qui avaient cherché à réagir contre cette théorie trop exclusive. Stokes avait dit (1854) : « La théorie mécanique est exacte mais on a eu le tort de l'exagérer. On parle toujours du cœur et jamais du foie. On semble considérer ce dernier comme une éponge, tandis qu'il a son individualité propre dont il faut nécessairement tenir

1. *Clinique Médicale*, tome III, page 107.

compte » (1). On chercherait en vain dans Frerichs (*Traité des maladies du foie*), une phrase qui puisse rappeler les tendances d'Andral et de Stokes. On peut signaler, en passant l'opinion au moins bizarre de Botkins (2) qui considère l'augmentation de volume du foie comme heureuse dans les maladies du cœur. « Elle retarde l'asystolie et c'est une véritable augmentation providentielle ». Il faut arriver rapidement à la période actuelle où s'est fait jour l'idée des asystolies locales avec Rigal, Talamon, Rendu, Hanot.

La conception de l'asystolie banale elle-même en bénéficie. Ce n'est plus une insuffisance cardiaque seulement, c'est aussi une insuffisance de tout le système circulatoire, une insuffisance cardio-vasculaire. C'est à l'affaiblissement du système vasculaire tout entier qu'est due l'asystolie banale, de même que l'asystolie locale est due à l'affaiblissement local des canaux de l'irrigation sanguine. A propos d'une malade cardio-hépatique : « Comment se fait-il, a dit Rigal, qu'il n'existe chez notre sujet ni congestion pulmonaire, ni cyanose, ni œdèmes, et que le foie seulement se ressente de la gêne de la circulation. Tout embarras cesse si l'on fait dépendre cette congestion d'un affaiblissement des vaisseaux hépatiques » (3).

Rendu, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique* insiste sur les cas où tout se passe dans le foie : « Ce qui doit être bien mis en relief au sujet de la congestion du

1. Stokes, *Traité des maladies du cœur*, page 163.

2. Botkins, *Maladies du foie*, page 103.

3. Rigal, Thèse Paris, 1866. *De l'affaiblissement du cœur et des gros vaisseaux*.

foie liée aux maladies du cœur, c'est qu'elle n'est pas en corrélation nécessaire avec le degré apparent des lésions cardiaques, bien que les phénomènes mécaniques y prennent la plus grande part. Certains malades conservent pendant des années un rétrécissement mitral et même une insuffisance, sans présenter d'autres complications hépatiques que des poussées d'hyperhémie passagère. D'autres, au contraire ont, dès le début, un gros foie. Avant même que l'on puisse constater le moindre œdème des jambes » (1), et plus loin il ajoute : « Nous avons pu suivre un rétrécissement mitral chez lequel les désordres de la circulation hépatique, ont toujours primé ceux du cœur ».

A. Mathieu, dans un mémoire datant de 1883, étudie l'asystolie chez les alcooliques et il conclut : « que les alcooliques en vertu de la déchéance nutritive de leur organe et en particulier du système cardio-vasculaire sont exposés à l'asystolie, que les lésions du foie, les premières en date, présentent dans l'évolution et l'apparition de cette asystolie une importance certaine. L'asystolie est, chez eux, toujours précédée par une poussée congestive du foie. » Mathieu ne s'occupe d'ailleurs que des alcooliques et il ne dit pas que les choses ne se passent ainsi que chez les alcooliques (2).

Mais c'est surtout Hanot qui a étudié le foie cardiaque et qui a divisé son étude : Il considère d'abord les cas où les troubles du foie sont accompagnés des autres troubles de l'asystolie : c'est le foie de l'asystolie banale. Puis, les cas où le foie est plus atteint que d'habitude, tandis

1. Rendu. Art. Foie. Dictionnaire encyclopédique.

2. A. Mathieu. Arch. gén. de médecine, 1883.

que la congestion pulmonaire, les œdèmes sont peu marqués. Enfin les cas où la lésion hépatique est seule, ou presque seule, où elle prend nettement le pas sur tous les autres accidents qui restent dans l'ombre, où « elle joue le premier rôle ». C'est lui qui vulgarise le terme d'asystolie hépatique, que l'on aurait tout intérêt à conserver, si après lui on n'avait désigné par ces mots des cas où l'asystolie n'a rien à voir.

La thèse de Dumont (1), son élève, est un résumé rapide des leçons du maître. L'asystolie hépatique y est bien établie, mais les faits de congestion isolée ou presque complètement isolée n'y abondent pas, puisque nous n'avons pu y trouver qu'une observation.

Parmentier (2), dans sa thèse, fait une étude du foie cardiaque au double point de vue clinique et anatomopathologique. Les cas d'asystolie hépatique y sont nombreux, mais la congestion simple n'y est pas envisagée d'une façon spéciale. Enfin une thèse plus récente (2), faite aussi sous l'inspiration de Hanot, émet la théorie anatomique de la congestion du foie, dans les cas où elle dépend de la dilatation du cœur droit et de l'insuffisance de la valvule tricuspide. Potain, dans une leçon sur le foie cardiaque, s'exprime ainsi : « La vague qui naît au niveau du ventricule droit, va à une certaine distance et disparaît. Les parties les plus voisines qui souffrent du flot sont les veines sus-hépatiques. Elles n'ont pas de

1. Dumont, Thèse Paris, 1887.

2. Parmentier; Thèse Paris, 1890.

3. Oppenat. Thèse Paris, 1894.

valvules et le retour du sang s'y fait facilement ; on observe leur dilatation et bientôt celle des vaisseaux qui s'y abouchent. Nous pensons que cette dilatation peut être congénitale, primitive, considérable, » et aussitôt l'auteur formule la critique que l'on peut faire de cette théorie. « Une objection grave peut être apportée à cette interprétation. L'ectasie des veines sus-hépatiques, notée fréquemment dans les autopsies d'asystolie hépatique, peut avoir été portée secondairement à un degré considérable et nous pourrions peut-être dans les deux observations que nous rapportons, avoir pris l'effet pour la cause. On sait en effet à quel degré peut être portée la dilatation des parois veineuses, sans craindre leur rupture ».

Cette manière d'envisager les choses n'a plus la même valeur dans les cas où la stase n'a pas envahi la petite circulation et où elle ne se fait qu'à distance, dans le foie seul. La théorie de la dilatation congénitale de l'embouchure des veines sus-hépatiques dans la veine-cave inférieure, laisse donc inexpliqué tout un chapitre des congestions du foie.

ÉTUDE CLINIQUE

Le type clinique que nous étudions paraît à un examen un peu superficiel ne pas devoir s'éloigner beaucoup des différents cas dans lesquels il se produit une stase dans le foie. La congestion de cet organe est en effet extrêmement fréquente. Dans les affections pulmonaires avec retentissement sur le cœur droit, le mécanisme en est exactement le même que dans les affections du cœur gauche qui retentissent sur la petite circulation et sur la valve tricuspide. Dans les affections intestinales et gastriques, la fréquence des troubles hépatiques est aussi extrême, depuis la simple augmentation de volume jusqu'à l'ictère grave en passant par toute la gamme des ictères infectieux.

Toutes les maladies infectieuses augmentent elles aussi le volume du foie, qu'elles soient aiguës ou chroniques. La goutte, les différentes intoxications agissent de même. Il n'est pas jusqu'à des phénomènes d'ordre physiologique où le foie ne soit mise en cause, la ménopause par exemple. Le foie a une prédisposition notable à réagir d'une manière plus spéciale que les autres organes au refroi-

dissement, aux écarts de régime, et aux troubles passagers des autres organes.

Dans tous ces cas, on se trouve en face, au début du moins, d'un foie congestionné, mais cette congestion ne se produit pas dans les mêmes circonstances, elle ne se traduit pas par le même ensemble de symptômes ou tout au moins les symptômes ne se succèdent pas dans le même enchaînement. La congestion hépatique d'ordre cardiaque diffère par certains points de la congestion d'ordre intestinal. Et dans les congestions qui sont sous la dépendance du cœur, la congestion purement mécanique, accompagnée des autres troubles asystoliques, avec troubles pulmonaires et insuffisance tricuspидienne diffère aussi de la congestion isolée, de la glande hépatique, quelque interprétation qu'on attribue d'ailleurs à cette congestion isolée. Il suffit de lire les différentes observations qui en sont rapportées pour s'en assurer et ainsi se trouve justifiée l'étude d'un type clinique spécial.

Les circonstances étiologiques sont importantes à déterminer. Dans presque toutes les observations, en effet, les accidents apparaissent après un surmenage de quelque ordre qu'il soit. Cependant la fatigue physique semble être la cause déterminante la plus fréquente ; elle impose au cœur une surcharge fonctionnelle qui ici ne se traduit pas par l'asystolie complète, mais par la seule stase hépatique. On retrouve en somme, les causes prochaines de l'asystolie banale et l'on est amené, pour expliquer la localisation du processus, à chercher dans les antécédents du malade.

C'est ici que souvent l'on trouve une tare antérieure

du côté du foie. C'est une maladie infectieuse : variole, rougeole, fièvre typhoïde, scarlatine ; c'est un ictère infectieux ; c'est une intoxication, c'est le paludisme. C'est l'alcoolisme surtout. Et souvent, il n'est pas facile de faire la part de ce qui revient à l'intoxication par l'alcool et à l'influence cardiaque.

On sait que le premier phénomène qui traduit au niveau du foie l'intoxication alcoolique est un phénomène d'ordre congestif, qui précède l'hépatite toxique, ou encore qui témoigne de cette hépatite naissante. Un cardiaque peut être un alcoolique et avoir un foie d'alcoolique sans que son cœur intervienne.

D'autre part, un alcoolique peut fort bien faire de la stase hépatique au niveau de son foie, sans que ce foie soit autre chose qu'un foie cardiaque. Et dans d'autres cas, probablement les plus fréquents, les deux effets peuvent se combiner. C'est au clinicien à chercher alors les signes accessoires, les faits minimes qui lui permettront de faire la part de chacune des causes, et d'en éliminer au besoin une.

C'est ici surtout que l'alcoolisme doit être bien établi et que l'on peut rappeler que l'on n'est pas un alcoolique seulement parce que l'on boit beaucoup, que chaque individu réagit de façon différente à l'alcoolisme chronique, de même que l'alcoolisme aigu, l'ivresse, est plus ou moins longue à se manifester selon les tempéraments (Lanceaux).

Ce que nous disons pour l'alcoolisme est aussi vrai pour les affections gastro-intestinales.

Et si le cardiaque, qui sait qu'il est cardiaque et qui

se voit obligé de se ménager, devient rarement un alcoolique, il est souvent affecté par des troubles du côté de l'estomac, soit qu'il s'agisse d'une action directe, réflexe, du cœur sur cet organe, soit que le cardiaque, affecté de son état, ne devienne un névropahe, un neurasthénique.

Si donc les troubles de l'estomac et de l'intestin sont souvent retrouvés parmi les causes éloignées qui favorisent la localisation de la stase d'origine cardiaque dans le foie, il faut ici surtout se méfier, étudier de près le malade et voir s'il ne s'agit pas simplement d'une action directe du tube digestif sur son annexe, le foie, sans que le cœur ait rien à voir dans l'affaire.

Ceci nous amène à diviser en deux catégories les symptômes que l'on trouve dans la congestion isolée du foie dans les cardiopathies.

Ce sont d'abord des signes d'ordre général qui traduisent la congestion du foie quelconque, de quelque origine qu'elle soit, et à côté d'eux des signes spéciaux à la congestion d'ordre cardiaque. Ces signes sont moins manifestes que les premiers, et il faut les chercher pour les observer.

Dans l'asystolie banale, quand on est en présence d'un cardiaque manifestement en période d'asystolie, il est inutile de chercher si loin. Mais ici le diagnostic ne s'impose pas, il faut y regarder de plus près et ce n'est pas s'attarder que de chercher à s'éclairer par de petits faits.

Dans la première catégorie des signes, le plus banal de tous est l'augmentation de volume du foie. C'est aussi presque toujours le premier en date. Cette augmentation

du volume peut être minime ; le foie peut ne dépasser que légèrement le rebord des fausses côtes : mais elle peut aussi être énorme. La glande hépatique peut envahir une grande partie de l'abdomen, remplir l'hypochondre droit tout entier et dépasser une horizontale passant par l'ombilic.

Le foie pourrait même dépasser l'ombilic et venir combler le flanc droit pour atteindre la crête iliaque. Dans les cas prononcés, l'inspection seule montre le côté gauche de l'abdomen faisant saillie, tandis que le côté opposé semble déprimé.

Dans les cas moindres l'hypochondre est seulement tendu, et semble se tendre encore davantage à chaque inspiration, au moment où le foie est refoulé par les poumons qui emplissent la cage thoracique.

Mais ce sont surtout la percussion et la palpation qui donnent des résultats certains. Le foie normal remonte jusqu'au cinquième espace intercostal et descend jusqu'au niveau des fausses côtes droites. La partie gauche passe le creux épigastrique et vient rejoindre les fausses côtes gauches au niveau du huitième cartilage costal. La percussion du foie se pratique forte au niveau de la paroi costale ; et au contraire elle doit être pratiquée très légèrement au niveau de la paroi abdominale ; car, à ce niveau, la partie inférieure du foie est déjà assez mince, si l'on percute fort, pour laisser percevoir la sonorité du colon ou des anses grêles, situées plus profondément que le foie.

Cependant dans quelques cas, la percussion même légère ne donne pas de renseignements exacts, quand le

colon ou d'autres anses intestinales viennent s'interposer entre la face antérieure du foie et la paroi abdominale. Enfin quand il existe du tympanisme intestinal ou de l'ascite, la percussion se trouve très gênée.

Dans la congestion d'origine cardiaque, la ligne de matité supérieure ne se déplace point. Et cela se comprend aisément : La congestion porte uniformément sur toute la glande hépatique qui se développe du côté où elle n'est pas bridée par le diaphragme, du côté de l'abdomen où elle repousse au-dessous d'elle les anses mobiles de l'intestin.

C'est donc la ligne de matité inférieure qui donne l'évaluation de l'augmentation de volume. En général, cette ligne est parallèle à la ligne de matité normale, ce qui prouve que les différentes parties du foie se tuméfient également, comme nous le disions tout à l'heure. Il n'en est pas toujours de même plus tard, dans la cirrhose d'origine cardiaque, où un lobe peut être gros, tandis que l'autre est encore peu développé.

La percussion avec des percuteurs spéciaux peut être utilisée. Mais la percussion au doigt suffit amplement et elle est beaucoup plus pratique, puisqu'elle ne demande pas d'outillage spécial. Les moyens d'investigation les plus simples sont ceux dont il importe le plus de prendre l'habitude, car ce sont les seuls que le modeste praticien puisse toujours avoir à sa disposition.

D'ailleurs la percussion est heureusement complétée par la palpation, qui donne d'excellents résultats au dessous des fausses côtes. Elle doit être pratiquée méthodiquement et un peu à la manière du palper des accoucheurs.

Après avoir mis la paroi abdominale dans le relâchement par la flexion des cuisses, on déprime à petits coups la paroi abdominale au-dessous des fausses côtes avec la pulpe des doigts. On arrive ainsi sur un plan lisse, résistant, qui est le foie uniformément augmenté de volume. En se plaçant du côté de l'aisselle droite, on peut accrocher le bord inférieur avec les doigts recourbés en crochet à concavité supérieure et constater que ce bord inférieur est lisse aussi ; moins tranchant que d'habitude parce qu'il participe à l'hyperhémie générale.

On sent ce bord qui permet de rencontrer l'échancrure séparant le lobe gauche du lobe droit, et on cherche la vésicule biliaire. Celle-ci n'est pas sentie dans les cas dont nous nous occupons ; car elle n'est nullement distendue, le libre cours de la bile n'étant pas gêné.

Quelquefois le bord inférieur du foie au lieu de s'appliquer contre la paroi abdominale antérieure, s'incurve et tend au contraire à se diriger vers la partie supérieure de l'abdomen. On peut alors utiliser le procédé de Glénard, dit procédé du pouce : « non seulement on s'efforce d'abaisser le foie par des mouvements d'inspiration, mais on tâche de le porter vers la partie antérieure de l'abdomen. Le médecin s'assied sur le lit du malade, le plus ordinairement sur le bord droit, faisant face au malade. La main gauche embrasse l'hypochondre et le flanc droits ; elle est placée de telle sorte que le pouce est situé à la partie antérieure, tandis que les quatre autres doigts, placés en arrière, s'efforcent de repousser le foie vers la partie antérieure. Quant à la main droite, appliquée sur l'abdomen, sur la ligne médiane, elle s'efforce de mainte-

nir toute la région de l'hypochondre du même côté immobile. » (1)

Ce sont là les moyens d'investigations ordinaires et communs à l'examen de tout gros foie.

Mais il n'est pas jusqu'à l'auscultation, qui n'ait été utilisée. On a dit que dans la congestion hépatique d'origine cardiaque, il pouvait exister de la périhépatite, que le revêtement péritonéal pouvait participer à l'inflammation consécutive de la base. On pourrait alors entendre au niveau de l'hypochondre droit des frottements péritonéaux, en tout comparables aux frottements pleuraux.

Etant donné que le foie est augmenté de volume en masse, il suffira de mesurer la distance du bord supérieur au bord inférieur en un point unique, mais toujours le même, pour avoir une idée relative de la marche de l'affection. On peut faire cette mensuration par la ligne axillaire, ou ailleurs, mais on la fait généralement sur la ligne mamelonnaire et l'expression de foie de 20 centimètres, de 25 centimètres veut dire que le foie à 20 centimètres, 25 centimètres sur la ligne mamelonnaire. On peut encore mesurer de combien le foie déborde les fausses côtes, ce qui est plus approximatif, mais souvent bien suffisant.

Si nous insistons sur ces moyens d'investigation, c'est qu'ici où le foie est seul atteint, où l'on se trouve en présence d'un gros foie et de rien autre, il importe de préciser les caractères de ce gros foie.

Le foie, avons-nous dit, est uniformément tuméfié.

1. *Bulletin Médical*, 1892., page 1287.

C'est son caractère principal ; dans les cas où la congestion est intense, le diamètre vertical n'est pas seul à être augmenté. Le diamètre transversal et le diamètre antéro-postérieur le sont aussi et alors la base du thorax est élargie symétriquement, avec voussure du côté droit. C'est par cette distension thoracique que l'on a voulu expliquer les phénomènes de dyspnée que l'on observe souvent et que l'état des poumons ou du cœur ne commande pas. Cette dyspnée peut être peu intense ; mais elle peut aussi être très marquée et en imposer pour un accès d'asthme ou d'angine de poitrine. On peut remarquer aisément qu'elle n'est en rapport ni avec la plus ou moins grande augmentation du foie, ni avec les douleurs droites dont nous parlerons tout à l'heure. Aussi a-t-on cherché à l'expliquer par ailleurs.

Le foie a une action de destruction de neutralisation sur les poisons et les toxines d'origine intestinale surtout (Roger). L'hyperhémie hépatique amènerait un trouble dans cette fonction et permettrait à des éléments nuisibles d'aller impressionner le bulbe. Cette dyspnée serait donc d'ordre toxique et comparable à celle que l'on observe dans l'urémie par exemple.

La douleur fait rarement défaut soit au niveau du foie lui-même, soit à distance. Le foie est douloureux à la pression, ce qui contribue à rendre difficile la palpation et la percussion : mais il existe aussi une douleur spontanée, sourde et diffuse, siégeant dans l'hypochondre droit. Souvent aussi les plans superficiels sont atteints ; il existe quelquefois une véritable hyperesthésie des téguments et souvent des douleurs siégeant sur le trajet des nerfs in-

tercostaux, revêtant tous les caractères de la névralgie intercostale. Il est rare que tous les nerfs intercostaux correspondants à la matité hépatique soient pris ; le plus fréquemment, il n'y en a qu'un ou deux qui soient atteints. Ces douleurs sont exaspérées par le mouvement, par les grandes inspirations et aussi par la toux.

Les douleurs irradiées siègent quelquefois au niveau du phrénique droit, ce qui n'est pas surprenant, si l'on se rappelle d'une part les rapports du foie et du diaphragme et d'autre part les rameaux que pour certains auteurs le phénique du côté droit enverrait au foie (Luschka).

Mais une irradiation bien plus fréquente se manifeste vers l'épaule droite. On sait d'ailleurs qu'elle existe dans bien des maladies du foie. Elle siège soit à la partie postérieure de l'articulation scapulo-humérale, soit plus bas dans la région axillaire, au niveau de l'épine de l'omoplate, ou plus bas encore au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Elle s'explique par les anastomoses que le phrénique contracte avec le plexus cervical.

La douleur locale au niveau de l'hypochondre droit apparaît dès le début de la tuméfaction hépatique. C'est d'abord un sentiment de gêne, de pesanteur, d'endolorissement, puis une douleur véritable. C'est le point de côté hépatique qui donne l'éveil au malade et qui le détermine à consulter le médecin.

Lorsque l'examen du foie et de la région hépatique ont été faits d'une façon méthodique, il faut analyser avec soin les troubles digestifs. Dans les cas que nous avons observés, ils étaient peu marqués et n'apparaissaient

qu'après la douleur hépatique, qui témoignait de la préséance du foie dans l'évolution de la maladie.

Si l'état saburral de la langue, l'inappétence, les vomissements, la diarrhée, précèdent l'augmentation de volume du foie, ils peuvent être accusés d'agir directement sur le foie. Il faut donc qu'ils soient plus tardifs, pour que l'on puisse songer à l'action cardiaque.

L'examen de la rate donne un bon renseignement négatif. La matité n'est pas augmentée, et cependant c'est un organe éminemment congestible, et on le voit réagir rapidement aux troubles de la circulation abdominale. Ici la congestion du foie n'a aucun retentissement sur la rate.

Dans les observations que nous rapportons, malgré le volume quelquefois énorme du foie, il n'y a pas trace d'œdème des membres inférieurs, et il n'y a pas non plus d'ascite. Celle-ci indique des cas plus avancés que le stade purement congestif ; elle montre un foie scléreux ou du moins avec tendance à la sclérose.

L'examen de l'appareil respiratoire est aussi négatif, ou à peu près négatif. Cependant il est un point sur lequel les différents auteurs insistent : c'est qu'il existe assez souvent tout à fait à la base des poumons quelques rares râles sous-crépitants, qu'il faut chercher avec soin pour trouver. Cela indique que la petite circulation n'est pas tout à fait indemne, qu'elle est légèrement touchée. Ce fait vient à l'appui des partisans de la théorie mécanique, quoique le cœur droit ne puisse guère être influencé par aussi peu de stase pulmonaire.

La coloration de la peau est dans la plupart des cas nor-

mal. On observe quelquefois une légère teinte jaunâtre, qui n'est pas de l'ictère vrai, mais du subictère.

L'examen des urines donne des renseignements très-importants. On sait que l'excrétion de l'urée est influencée par tous les troubles hépatiques, le foie étant l'organe formateur de la plus grande partie de l'urée excrétée. Dans la congestion d'origine cardiaque, la quantité d'urée est-elle augmentée, ou est-elle diminuée. Pour J. Cyr, (1) il y aurait hypersécrétion d'urée ; les cellules du foie hyperhémie seraient excitées et leur fonctionnement serait exalté.

Au contraire pour Rendu (2), l'urée serait en moins grande quantité, la cellule hépatique étant déjà troublée dans son fonctionnement dès le début de la congestion. Dans les tableaux que Parmentier a annexés à sa thèse (3), l'urée est en effet diminuée d'une façon notable. Mais tous les cas qu'il a examinés ont trait à des asystolies hépatiques de longue durée, où la déchéance fonctionnelle de l'organe était chose à prévoir. On ne peut donc pas conclure, d'après ses recherches, qu'il n'existe pas une période, dans la congestion hépatique, où l'urée ne soit augmentée, quoique l'on ait tendance actuellement à faire jouer le plus grand rôle à l'alimentation dans les variations des quantités d'urée excrétée.

L'augmentation de l'acide urique et des urates est notée par tous les auteurs. Cette augmentation montre à que

1. J. Cyr. *Maladies du foie*.

2. Rendu. *Dict. encyclopédique*. Art. *Foie*.

3. Parmentier. Thèse de Paris, 1890.

point les oxydations s'accomplissent mal. Les pigments biliaires se trouvent rapidement dans l'urine, l'urobiline apparaît elle-même, apparition qui témoigne de la déchéance hépatique.

Enfin on trouve aussi quelquefois de l'albumine, mais presque toujours en petite quantité. C'est l'albuminurie d'ordre hépatique dont parle Huchard (1). « Cette forme particulière d'albuminurie est assez bien connue en Angleterre où elle est acceptée depuis longtemps par Murchisson, qui mentionne une albuminurie produite par un trouble hépatique en dehors de toute lésion organique des reins ».

En somme, les signes que l'on observe dans la plupart des cas, peuvent se résumer ainsi. Augmentation de volume du foie, douleur, dyspnée peu intense, pigments biliaires et urobiline. Quelques troubles digestifs. Ce n'est là qu'une ébauche de l'asystolie hépatique, le premier degré de cette asystolie, si l'on veut. Et tandis que dans l'asystolie hépatique confirmée, l'examen du cœur s'impose, ici il faut savoir le pratiquer de parti pris.

Dans le type clinique qui nous occupe, les signes fonctionnels du côté du cœur n'existent guère : pas de palpitations, pas d'angoisse précordiale. Le pouls est régulier ou à peu près régulier. L'examen du cœur lui-même ne dénote rien d'anormal dans son fonctionnement, quelques irrégularités parfois. Il n'existe rien du côté du cœur droit : pas de dilatation du cœur droit, pas d'insuffisance tricuspидienne qui, elle, expliquerait rapidement la congestion hépatique.

1. Huchard. *Maladies du cœur*, page 331.

Ce sont surtout les altérations valvulaires du cœur gauche qui amènent les phénomènes hépatiques dont nous venons de parler, les altérations de la valvule mitrale plus particulièrement. La majorité des observations qui sont rapportées à la fin de cet essai ont trait à des affections mitrales. Dans un seul cas, il existait une affection aortique et elle était accompagnée d'une lésion mitrale manifeste. Les altérations du myocarde de même que les affections artérielles ne produisent guère la congestion isolée du foie ; et d'ailleurs il est à remarquer que même dans les cas d'asystolie banale le foie est moins touché dans les myocardites que dans les lésions de la valvule auriculo-ventriculaire gauche.

On pourrait dire que dans les affections aortiques, le cœur n'a pas le temps de réagir sur le foie, que dès que l'asystolie se manifeste, elle est d'emblée très grave et amène rapidement la mort. Encore qu'il existe des cas où il n'en est pas ainsi, cela n'expliquerait point pourquoi la lésion mitrale retentit sur le foie, alors qu'elle n'entrave pas l'hydraulique cardiaque, et pourquoi la lésion aortique à la même période n'a aucune espèce d'action. Il est plus aisé de comprendre pourquoi, dans la sclérose cardiaque, le foie ne se prend qu'à son tour, à son rang, puisque le cœur est pris en quelque sorte en bloc et que toute la circulation intra-cardiaque est gênée de la même façon.

Ce sont donc les affections mitrales qui amènent le plus souvent la congestion isolée du foie. On trouvera donc en examinant le cœur les signes d'une insuffisance ou d'un rétrécissement de la valvule auriculo-ventriculaire gauche

A la palpation, on pourra percevoir un frémissement cataire. A l'auscultation, dans les cas d'insuffisance, un souffle au premier temps, localisé à la pointe, dans les cas de rétrécissement, le rythme de Durozier complet, ou abrégé avec un simple roulement présystolique, ou un dédoublement du deuxième bruit. Quelquefois les deux lésions sont associées.

Les souffles mitraux se reconnaissent à leur maximum à la pointe, à leur propagation dans l'aisselle, et enfin par l'auscultation dans le dos. Il est important ici de pratiquer cette auscultation qui, d'après Durozier, donne le meilleur signe différentiel entre les souffles tricuspidiens et les souffles mitraux. En effet, la congestion hépatique pourrait être rapportée à la dilatation de la tricuspide, ou encore on pourrait songer à un gros foie primitif avec dilatation réflexe du cœur droit, selon le mécanisme indiqué par Potain, Gangolphe et Barié.

Le souffle tricuspide n'est d'ailleurs pas noté dans les différentes observations que nous avons sous les yeux ; et il compliquerait singulièrement l'interprétation clinique : il serait difficile d'établir s'il est la cause ou l'effet de l'état du foie.

Ce n'est que plus tard, à une période plus avancée, que l'on voit la dilatation réflexe du cœur droit.

Jusqu'à présent nous nous sommes trouvés en face de la concomitance d'un gros foie et d'une lésion cardiaque le plus souvent mitrale. Il est possible de rattacher l'un à l'autre, grâce à l'examen des signes dont nous avons parlé.

Mais on est allé plus loin et on a rattaché des cas de

congestion hépatique isolée à des cardiopathies qui ne se manifesteraient par aucun signe physique ni aucun signe fonctionnel, à des cardiopathies absolument latentes. Les poussées congestives du côté du foie ouvriraient la scène, et ce n'est qu'après plusieurs de ces poussées que la lésion cardiaque deviendrait manifeste.

MARCHE. — PRONOSTIC

Le moment où débute la congestion hépatique par rapport à la cardiopathie est très variable et l'on ne trouve là aucune règle fixe. Ce que disait Hanot pour le foie cardiaque en général : « Il n'y a pas un foie cardiaque, il n'y a que des foies cardiaques » est bien vrai aussi pour l'ébauche de foie cardiaque dont nous nous occupons.

L'intensité des souffles, la durée de la cardiopathie ; les antécédents du malade ne jouent aucun rôle absolu. Il est même remarquable que le degré de la lésion cardiaque n'est nullement en rapport avec le retentissement hépatique.

« Il y a pour ainsi dire autant de variétés dans le tableau des accidents morbides qu'il y a de malades, sans que la raison de ces variations paraisse suffisamment connue ».

Comme l'asystolie elle-même, l'isolement de la stase dans le foie peut se voir dans les premiers temps d'une affection mitrale, ou au contraire se manifester avec une lésion cardiaque très ancienne, datant de vingt ou trente ans. Le début se fait quelquefois d'une façon brusque, survenant en pleine santé, après une course forcée, l'ascension rapide d'un escalier, un surmenage physique quelcon-

que. Mais d'autres fois il se fait progressivement, le foie augmentant de volume insidieusement. Quoi qu'il en soit la douleur locale ne tarde pas à apparaître et le malade fait dater du moment de l'apparition de cette douleur le début de la maladie.

La poussée congestive peut d'ailleurs être de longue durée ou disparaître rapidement, et encore ici, on ne pourra baser un pronostic certain sur la plus ou moins grande étendue de la matité hépatique. On a vu des foies qui descendaient presque dans le flanc droit revenir rapidement à leur volume normal, tandis que dans d'autres cas des foies qui ne dépassaient les fausses côtes que de quelques centimètres, conservaient longtemps ce volume.

Hanot faisait ici une distinction et décrivait deux sortes de congestion : La congestion temporaire et la congestion permanente. Dans la première forme, les troubles anatomiques n'existent guère et le pronostic est bénin : le foie regresse rapidement sous l'influence du traitement ou simplement du repos. Dans la congestion permanente au contraire, la sclérose se prépare : C'est le premier temps de la cirrhose.

La congestion hépatique, qui disparaît aisément, pourra d'ailleurs se reproduire de la même façon, le bord inférieur du foie se déplaçant avec une rapidité surprenante, ce qui est bien exprimé par l'expression classique : « Le foie fait accordéon ». La congestion se reproduira de plus en plus fréquemment et elle finira par s'installer, par devenir permanente. Mais, dans d'autres cas, les accidents changeront de forme et le foie ne sera plus spécialement visé.

La congestion passagère du foie semble compatible avec une longue survie. Elle n'est souvent qu'une indication, d'une part, de la vulnérabilité particulière du foie, et, d'autre part, de la présence de la lésion cardiaque. « C'est l'asystolie qui pointe », simple avertissement qui pourra être suivi de très près des accidents asystoliques, accidents qui ne seront pas forcément localisés au foie. Le malade pourra succomber soit à une asystolie locale, soit une asystolie banale, avec œdème, ascite et congestion pulmonaire.

La congestion permanente, elle, est d'un pronostic bien plus sérieux, puisqu'elle conduit à la cirrhose, à la gêne de la circulation sous-hépatique et à l'insuffisance cellulaire confirmée. C'est surtout dans la congestion permanente que l'on trouvera de l'acide urique et des urates en notable quantité dans les urines et aussi de l'urobiline.

C'est aussi dans cette congestion permanente que l'on observe deux phénomènes secondaires et de voisinage dont nous allons dire quelques mots. Dans la zone sous-hépatique d'abord, le foie, en augmentant de volume, peut déplacer le rein, le chasser de la fosse lombaire. Ce rein flottant peut encore aggraver le pronostic, dans les cas où son fonctionnement est troublé. On sait, en effet, combien est utile l'excrétion rénale, alors que le foie n'agit plus aussi bien sur les poisons et les toxines.

Au-dessus du foie, la plèvre communique avec lui par tout le système lymphatique transdiaphragmatique. Aussi la pleurésie droite est-elle notée dans plusieurs observations, consécutive probablement à la péri-hépatite. C'est

de la pleurésie sèche se traduisant par des frottements à la base droite ; c'est un épanchement pleural véritable comme dans l'observation que nous avons glanée dans la thèse de Dumont. Cette pleurésie apparaît après la poussée congestive, ou après plusieurs poussées successives. Elle aggrave l'état du malade et aide le développement de l'asystolie complète.

DIAGNOSTIC

On ne peut passer en revue toutes les maladies qui donnent de gros foies. Ce qu'il y a de plus utile, c'est de s'occuper seulement des causes d'erreur qui sont signalées dans les observations, et ces causes d'erreur sont déjà suffisamment nombreuses.

La cirrhose hypertrophique biliaire donne un foie volumineux, sans ascite, sans circulation complémentaire. Ce foie est lisse à la palpation. Mais, dans cette affection, l'ictère est très intense, il n'est en rien comparable au subictère dont nous avons parlé et qui d'ailleurs n'est pas constant, tandis que l'ictère de la cirrhose hypertrophique est permanent, chronique en quelque sorte. Enfin la rate qui n'est pas touchée dans l'asystolie hépatique, est augmentée de volume dans la cirrhose hypertrophique. Elle donne de la matité au niveau des dernières fausses côtes qu'elle déborde même parfois assez pour être perçue aisément à la palpation.

La lithias biliaire avec obstruction du canal cholédoque donne aussi de gros foies lisses. L'existence antérieure de coliques hépatiques franches lèverait facilement

la difficulté ; mais il est des cas où les douleurs hépatiques sont minimales, dans le sexe féminin surtout, où tout peut se borner à quelques douleurs vagues du côté de l'estomac par exemple ; ce qui n'empêche pas que le cœur peut présenter des troubles fonctionnels, angoisse précordiale, palpitations d'ordre réflexe ; c'est aussi dans la lithiase biliaire que se trouve le plus communément la dilatation réflexe du cœur droit. Quand le cholédoque est obturé, l'ictère n'est pas long à se produire ; les matières fécales sont décolorées, et la vésicule biliaire fortement distendue fait saillie au-dessous du bord inférieur du foie. Mais la présence de sable biliaire suffit pour provoquer et entretenir un état hyperhémique habituel. Pour ceux qui admettent la diathèse arthritique, cette congestion n'est pas due à la lithiase biliaire elle-même, mais à l'arthritisme, dont il faudrait alors rechercher avec soin les autres manifestations.

L'engorgement hépatique constitue le signe le plus constant et le plus caractéristique de la malaria chronique. L'hépatomégalie est d'autant plus marquée que les accès se répètent plus souvent et il y a de nouvelles poussées au moment de chaque accès nouveau. Ici encore le foie est uniformément volumineux. Mais la rate participe au processus pathologique et elle n'est pas augmentée en moins grande proportion que le foie.

La tuberculose hépatique donne aussi un foie gros et lisse, douloureux spontanément et à la pression ; mais l'insuffisance hépatique est très marquée, les matières fécales peuvent être décolorées. Souvent aussi la rate est tuméfiée. Il y a du tympanisme abdominal, de l'ascite. De

plus, la plupart du temps, les poumons ne sont pas indemnes, et si les sommets peuvent être vierges de lésions tuberculeuses, la base des plèvres réagit par propagation lymphatique, avec enchaînement naturel entre la cirrhose tuberculeuse du foie, la perihépatite et la pleurésie de la base. D'ailleurs les poumons sont presque toujours pris du moins chez l'adulte. Il faut bien tenir compte pour comprendre les difficultés du diagnostic de ce fait que la tuberculose est fréquente dans le rétrécissement mitral soit qu'elle en soit une cause, soit qu'elle en soit un effet. En présence d'un rétrécissement mitral accompagné d'un gros foie, avec manifestations tuberculeuses pulmonaires encore latentes, ne pouvait-on pas penser à la congestion hépatique d'ordre cardiaque, alors qu'il s'agit d'une détermination de la tuberculose? Ce n'est d'ailleurs pas seulement chez les malades porteurs d'un rétrécissement mitral que l'erreur peut être commise, mais même dans les cas d'insuffisance, comme en témoigne l'observation suivante :

Observation I

(M. Hanot, in thèse Parmentier, p. III).

Affection mitrale. — Hémoptysies. — Toux. — Amaigrissement. — Troubles digestifs. — Apparence de tuberculose. — Foie gras, dur, douloureux. — Subictère et ictère hémaphelique. — Urobiline et pigments modifiés dans l'urine.

M. X..., âgé de 40 ans, se présente très amaigri ; la face pâle

et terreuse, les sclérotiques légèrement jaunâtres. Depuis trois mois, il a perdu progressivement l'appétit. Il a des nausées et du ballonnement du ventre après les repas. Il a craché du sang il y a huit jours pendant quarante-huit heures. Depuis lors, sa respiration est gênée ; de temps en temps, une quinte de toux survient : la moindre fatigue l'épuise. Il a l'apparence d'un tuberculeux. On entend quelques râles sous-crépitants prédominants vers la base des poumons.

Les battements du cœur sont réguliers. A la pointe, existe un souffle prolongé.

L'origine de l'endocardite est cherchée sans succès.

Le foie est gros, douloureux, déborde les fausses côtes de quatre travers de doigt.

Le malade n'est ni alcoolique, ni syphilitique.

Grâce à la digitale, aux purgatifs légers, son état s'améliore ; mais bientôt il abandonne le traitement pour reprendre ses affaires.

Deux mois après, il est examiné de nouveau : cette fois, la face a une teinte jaunâtre, les lèvres sont cyanosées, le malade est anhélant. Son pouls est petit, inégal, irrégulier, et présente des intermittences peu fréquentes. Arythmie cardiaque avec souffle léger à la pointe. A l'auscultation, on entend de nombreux râles sous-crépitants, fins, disséminés dans les deux poumons.

Les membres inférieurs sont légèrement œdématisés autour des malléoles.

Le foie est douloureux, beaucoup plus sensible au palper qu'au premier examen ; il déborde les fausses côtes de quatre à cinq travers de doigt. Le ventre est ballonné. Anorexie complète, nausées et vomissements. Les selles ne sont pas décolorées.

L'urine très foncée, contient de l'urobiline des pigments modifiés et de l'urobiline.

Le malade est soumis au même traitement et au régime lacté.

Dans la syphilis, le foie peut être gros à différentes périodes. Il peut augmenter de volume par le seul fait de l'infection syphilitique dès la période secondaire, et dans ce cas, comme dans toutes les infections, la rate est simultanément touchée. Il peut s'hypertrophier aussi parce qu'il est plus spécialement atteint ; et c'est surtout là que le doute est permis, mis à part bien entendu les cas d'ictère syphilitique.

« Dans le foie syphilitique, dit Darier, il n'est pas jusqu'à la congestion hépatique d'origine cardiaque qui ne puisse embarrasser ». A la période de début, en effet, il n'existe ni ascite, ni circulation collatérale, ni œdèmes.

Dans les formes de la syphilis hépatique où la glande est déformée, au contraire, le diagnostic ne s'égare pas vers l'influence cardiaque. En tous cas, l'existence reconnue d'une syphilis antérieure, la présence de stigmates sur la peau, les muqueuses, le squelette devront être recherchés avec soin.

Le cancer lui-même ne peut-il pas simuler un foie dans lequel la stase cardiaque serait localisée. Il n'y a pas de doute possible pour le cancer nodulaire où le palper, en faisant reconnaître les irrégularités, les bosselures de la surface convexe du foie, lèverait toutes les difficultés. Mais au début d'un cancer massif ou les douleurs sont peu marquées, ou l'ascite et l'ictère ne se voient que très

exceptionnellement, l'ascite parce qu'il n'y a pas d'obstacle au cours du sang de la veine porte, l'ictère parce que la destruction hépatique est très étendue, que la cellule est envahie partout par la dégénérescence néoplasique ? La palpation donne une sensation lisse. Le bord inférieur n'est point déformé, et en aucune place on ne sent de bosselures. Et puisque la confusion est possible avec un gros foie d'asystolie confirmée, avec dyspnée très marquée et œdèmes des membres inférieurs, ne serait-elle pas encore plus facile avec un gros foie isolé d'origine cardiaque. L'on fait dans tous les traités classiques le diagnostic entre le foie cancéreux et le foie cardiaque : « Rien ne ressemble plus de prime abord au cancer du foie que certaines cardiopathies. Pour que la confusion soit possible, il faut que certaines conditions soient réunies : 1° il faut supposer que le cancer du foie est à son début, car le foie cardiaque atteint rarement les proportions du cancer hépatique à la période d'état. 2° On peut supposer que le cancer du foie coëxiste avec une lésion cardiaque jusque-là silencieuse et inconnue ou s'accompagne de ces souffles inorganiques déterminés par certaines affections hépatiques, suivant l'ingénieuse pathogénie indiquée par le professeur Potain. Eh bien, même alors, vous reconnaîtrez le foie cancéreux, non seulement aux inégalités de sa surface, si par hasard vous n'avez pas sous les doigts un cancer lisse ; mais surtout à l'extrême rapidité du développement de l'hépatomégalie et l'allure si spéciale de la cachexie. D'ailleurs l'examen méthodique de l'urine et du sang nous fourniraient d'autres éléments de diagnostic. Si l'on a affaire à un cancer

hépatique, l'urine contiendra, d'après les lois de Brouardel, bien moins d'urée qu'à l'état normal et le sang présentera une leucocytose avancée » (1).

Voici d'ailleurs une observation qui montre que le diagnostic n'est pas toujours aisé.

Observation II

In thèse de Parmentier.

(Communiquée par M. Parmentier).

Athérome. Sclérose cardiaque. Arythmie. Zone de râles fins sous-crépittants bibasiques. Pas d'albuminurie. Pas d'œdème des membres inférieurs. Foie gros, dur, douloureux, occupant la région sus-ombilicale et l'hypochondre droit. Troubles digestifs. Amaigrissement. Diagnostic hésitant entre le cancer et le kyste hydatique.

D..., âgée de 50 ans, obèse, depuis deux ans est fréquemment oppressée et tourmentée par des battements de cœur. Elle monte avec peine les escaliers et est de suite hors d'haleine.

Jusqu'à il y a trois mois, sa santé s'est maintenue relativement bonne; depuis cette époque, elle maigrit, pâlit, n'a plus d'appétit et perd ses forces. Elle a du dégoût pour les aliments; si elle mange un peu son ventre se ballonne. Elle est habituellement constipée (selles tous les deux ou trois jours).

Elle s'est aperçue qu'elle avait une tumeur au creux de l'estomac. Inquiète, elle consulte un médecin qui hésite entre un can-

1. Hanot, *Semaine médicale* 1893.

cer du foie et un kyste hydatique ; il fait même trois ponctions pour s'assurer de la nature de cette tumeur et ne retire que quelques gouttes de sang.

M. Hanot examine la malade : elle est athéromateuse, présente de l'arythmie et un léger souffle à la pointe du cœur. L'urine ne renferme pas d'albumine. Les membres inférieurs ne sont pas oedématiés. Le poumon laisse entendre aux deux bases en arrière, des râles sous-crépitaux fins. L'hypochondre droit et surtout la région épigastrique, sont occupés par une tumeur douloureuse à la pression et spontanément, qui descend jusqu'à l'ombilic s'avance à gauche de la ligne médiane pour remonter brusquement derrière les fausses côtes.

A droite, elle est plus étendue et remonte en décrivant une courbe moins accentuée sous le rebord costal droit. Cette tumeur est lisse, régulière, dure, sans battements ; il n'y a aucun doute qu'elle soit constituée par le foie hypertrophié.

L'urine ne renferme pas d'albumine, elle est très colorée.

La malade est mise à la digitale, au calomel et au régime lacté. Au bout de quelques jours de ce traitement, elle se sent mieux, demande à manger ; le cœur reprend de l'énergie, se régularise. Après quinze jours, la tumeur avait un peu diminué, était surtout moins sensible à la pression. En un mot une grande amélioration s'était produite dans l'état de la malade.

Dans cette observation, on n'avait pas seulement hésité entre congestion hépatique d'origine cardiaque ; mais encore on avait pu penser à un kyste hydatique. C'est que le kyste hydatique ne se manifeste pas toujours par une tumeur nettement surajoutée au foie, quelquefois détachée de lui à tel point qu'on pourrait la prendre pour un kyste

de l'ovaire. Ce n'est pas toujours une tumeur lisse, rénitente, présentant le frémissement hydatique, avec une encoche ou une ligne de sonorité la séparant nettement du foie.

Souvent le kyste hydatique se développe à la partie supérieure du foie, entre la convexité de ce dernier et la concavité du diaphragme. Il refoule alors le foie vers l'abdomen, si bien que l'on pourrait croire à une hypertrophie hépatique. Et encore dans ce cas, le diaphragme est-il refoulé en haut; le kyste se loge dans la partie inférieure droite du thorax et donne de la matité continuant vers le haut la matité hépatique. Mais le kyste hydatique peut se développer à la partie postérieure du foie, dans l'arrière cavité des épiploons; là encore le foie cardiaque ne sera pas très difficile à éliminer puisque la matité sera surtout postérieure, simulant une hypertrophie partielle du foie, ou une tumeur sous-hépatique.

Les cas les plus embarrassants sont ceux où la tumeur hépatique naît et grandit dans le parenchyme même du foie. Ici, on peut se trouver en présence d'une hypertrophie en masse. Les signes fonctionnels ne donneraient pas des renseignements d'une grande précision. Ils sont assez mal caractérisés dans l'évolution du kyste hydatique : Troubles dyspeptiques sans caractères précis. Douleurs vagues d'estomac. Douleurs dans l'hypochondre droit et à l'épaule droite, toutes choses d'ailleurs qui se trouvent dans la congestion hépatique et qui peuvent augmenter les causes d'erreur par l'adjonction de troubles fonctionnels du côté du cœur : phénomènes d'oppression et palpitations.

Les signes sur lesquels le professeur Dieulafoy a attiré l'attention ont une valeur plus grande : Le dégoût pour la viande et plus spécialement pour les matières grasses, et la régurgitation élective de ces matières grasses. L'urticaire bien étudié maintenant, l'évolution donne encore ici des renseignements utiles : Les variations de volume rapide du foie ne sont pas le fait d'un kyste hydatique, qui se développe progressivement et sans période de régression. Malgré tout ce que nous venons de dire, les erreurs de diagnostic ne sont pas rares. En voici un exemple où après plusieurs examens et la ponction on a pu penser à une cardiopathie latente.

Observation 3

Congestion primitive du foie avec hypertrophie. Traitements par la digitale.
Guérison.

Femme X.... 50 ans. Son interrogatoire ne révèle pas d'antécédents morbides appréciables. Elle entre à l'hôpital Beaujon à cause de l'oppression dont elle souffre depuis quelques semaines. La malade, assez amaigrie, accuse également quelques troubles dyspeptiques. Il n'y a pas d'ictère appréciable même au niveau des sclérotiques.

A l'examen, on constate que le ventre est volumineux et la palpation révèle une hypertrophie notable du foie, qui déborde le rebord des fausses côtes de cinq travers de doigt. Il est bombé,

dur, peu douloureux, sa surface est lisse; son bord antéro-inférieur est régulier.

La rate est normale; il n'y a ni ascite, ni circulation superficielle complémentaire.

Les urines peu abondantes, assez colorées, sans dépôt, ne renferment pas de pigments biliaires.

Le cœur est normal; il n'y a pas de dilatation des cavités; le rythme cardiaque est parfaitement régulier, les veines du cou ne sont pas distendues; l'auscultation ne révèle l'existence d'aucun souffle valvulaire.

Les poumons sont normaux, sans œdème aux bases.

En présence de cette symptomatologie, on porte le diagnostic de kyste hydatique du foie et l'on fait une ponction qui reste négative, ne donnant issue qu'à un peu de sang.

C'est alors que M. Oulmont, remplaçant M. Millard, voit la malade à qui il prescrit 20 centigrammes de macération de poudre de feuilles de digitale par jour.

Sous l'influence de ce traitement, les urines augmentent et redeviennent claires. En même temps, le foie diminue progressivement de volume et revient, en huit jours, à ses dimensions normales. La malade quitte l'hôpital guérie (1).

Les mêmes errements sont possibles avec certaines formes d'abcès du foie. On sait qu'il en existe où il n'y a point de fièvre. Le volume du foie peut être augmenté en masse; l'ictère est nul ou peu prononcé; la palpation donne une sensation lisse. Si nous n'avons pas trouvé d'observation où le diagnostic eût été hésitant, c'est peut-être parce que les abcès du foie, les gros abcès surtout,

1. E. Chrétien. *Presse médicale*, 1897, p. 77.

sont rares dans nos pays. Dans les pays chauds, où leur fréquence est plus grande, la question peut se poser : Les circonstances étiologiques doivent d'ailleurs donner d'utiles renseignements : les troubles intestinaux antérieurs, la dysentérie surtout qui est le plus ordinaire facteur de cette maladie et l'évolution des symptômes avant que le pus ne soit devenu stérile.

Bien plus que toutes les affections que nous venons de passer en revue, les congestions diverses que peut subir le cœur sous l'influence d'autres causes que les causes cardiaques, sont susceptibles de créer des difficultés de diagnostic. Au premier rang, on peut placer les congestions du foie d'ordre intestinal.

Un simple embarras gastrique, un simple trouble passer dans les fonctions digestives suffit pour donner de la tuméfaction hépatique. Ici ce n'est pas l'examen du foie qui pourra nous tirer d'embarras. C'est en dehors de l'hypochondre droit qu'il faut chercher et c'est surtout l'évolution de la maladie qui donnera d'utiles indications. En effet, puisque la congestion hépatique d'ordre cardiaque amène secondairement des troubles du côté de la digestion, il faudra savoir quelles sont les premières manifestations en date.

Dans les affections aiguës du tube digestif, ce sera lui qu'il faudra incriminer avec le plus de raison. Dans les affections de longue durée, au contraire, on pourra penser avec autant de chances de vérité, soit à l'action du cœur sur l'estomac et à l'action secondaire de l'estomac sur le foie, soit à l'action du cœur sur le foie et à l'action secondaire du foie sur le tube digestif. Mais, comme ce sont

toujours les choses les plus communes qui doivent avoir la priorité en médecine, c'est plutôt la première de ces opinions à laquelle il faudra se rattacher, tandis que la seconde ne devra être adoptée qu'à l'appui d'indications solides. Enfin le cœur ne peut-il pas tenir sous sa dépendance directe à la fois et les troubles digestifs et les troubles hépatiques ?

D'autres fois, on se trouve en présence d'une affection du tube digestif caractérisée. La dilatation d'estomac, par exemple, amène avec une grande fréquence la congestion hépatique. On peut donc l'incriminer, *a priori*, quand on l'a rencontrée, au détriment du cœur. Il en est de même dans l'ulcère de l'estomac, et aussi dans le cancer de cet organe, dans les cas, où, sans propagation de la néoplasie à la glande hépatique, il y a hyperhémie de cette glande.

Il faut encore éliminer tous les cas où la congestion du foie est due à une intoxication. Cette intoxication demande quelquefois à être recherchée avec soin, en interrogeant le malade au sujet de sa profession, sur ses habitudes et son habitat. On connaît la localisation du phosphore, du plomb, par exemple, pour ne parler que des causes les plus fréquentes, dans le foie et les désordres graves que ces substances y déterminent, quand elles sont prises à doses toxiques. Mais dans les cas chroniques, avant d'arriver à produire une altération de structure manifeste, leur influence première se traduit par de la congestion, précédant les lésions plus profondes, de la dégénérescence graisseuse, par exemple.

Les états constitutionnels peuvent aussi amener l'hy-

perhémie hépatique. Chez les gouteux, le foie est souvent congestionné en dehors de toute influence étrangère, alimentaire ou autre. Cette congestion peut se voir chez des gouteux avérés, qui ont toutes les manifestations de la goutte et dans ces cas toute discussion est inutile. Mais elle peut aussi constituer pendant des périodes plus ou moins longues, la principale manifestation de leur état diathésique. Cette détermination de la goutte a été étudiée sous le nom de foie gouteux, dénomination qu'il ne faut point prendre à la lettre, car le plus souvent on n'a là que de simples phénomènes congestifs (Lécorché). Ces troubles fonctionnels sont dus à ce que les gouteux sont à la fois de gros mangeurs et des dyspeptiques ; leur origine est dévoilée par les autres phénomènes qui les accompagnent, tendance aux catarrhes chroniques, aux furoncles, aux migraines.

Ce que l'on vient de dire des gouteux s'applique également aux diabétiques. Les diabétiques sont eux aussi de gros mangeurs ; ils ont de la dilatation d'estomac, des troubles intestinaux, toutes causes qui favorisent la congestion du foie. Mais il y a plus : Le foie joue un rôle important dans la pathogénie et dans l'évolution de la maladie. Aussi est-il bien rare, en clinique, d'observer des diabétiques sans augmentation de volume du foie, soit qu'ils aient déjà une cirrhose diabétique graisseuse, ou qu'ils en soient simplement à la période de fluxion. La polyphagie, la polydipsie, et surtout l'examen des urines suffisent amplement à assurer le diagnostic.

Les affections pulmonaires déterminent de la stase dans le foie de différentes façons. Nous avons déjà vu le rôle

de la tuberculose et rapporté une observation qui montre que la confusion peut se faire. Nous avons aussi parlé de la stase mécanique, stase hépatique succédant à la stase pulmonaire après dilatation du cœur droit et qui est décelée par l'examen du cœur lui-même ou par l'examen du poumon. Toutes les affections pulmonaires chroniques entrent ici en jeu, surtout la sclérose pulmonaire, la bronchite chronique, l'emphysème. Les pleurésies à grands épanchements amènent les mêmes effets, en diminuant le champ de la petite circulation. Est-ce aussi par le même mécanisme qu'agissent les pneumonies, ou bien le foie est-il impressionné par l'infection pneumococcique, ou encore est-on en présence d'une congestion réflexe comme le veulent certains auteurs ? Il suffit d'ailleurs de signaler la possibilité de ces différentes causes de congestion du foie, car l'examen de la poitrine ne les laisse pas longtemps dans l'ombre.

Il faut de même signaler que les lésions pulmonaires ou pleurales de la base droite abaissent le foie, lui font déborder les fausses côtes et peuvent en imposer pour une hypertrophie véritable. Ceci est vrai pour la pneumonie du lobe inférieur, pour la pleurésie droite de la grande cavité, pour la pleurésie diaphragmatique et aussi pour le pneumothorax droit. Dans tous ces cas, il suffit d'ausculter. Comme cause d'abaissement du foie, notons encore le phlegmon sous-diaphragmatique, développé entre la face supérieure du foie et la face inférieure du diaphragme. Ici l'erreur n'est pas possible : outre les antécédents ulcéreux ou cancéreux du côté de l'estomac, la

fièvre et l'état général sont là pour déceler la collection purulente profonde.

Les traumatismes de l'hypochondre droit produisent aussi de la congestion au niveau du foie ; mais les commémoratifs appellent suffisamment l'attention sur ces faits. Enfin, on sait que le foie peut être abaissé sous différentes influences mécaniques ; la plus commune de ces influences est celle du corset dans le sexe féminin. Le thorax, comprimé à sa base, gêne le développement du foie dans le sens antéro-postérieur et dans le sens transversal et le refoule vers la cavité abdominale. L'organe déborde les fausses côtes et sa matité dans le sens vertical est augmentée.

Nous voici devenus, après ces différentes considérations, susceptibles de rejeter ces différentes causes d'erreur. Mais il est un facteur aussi important en la circonstance que l'examen du foie, c'est l'auscultation du cœur. Pour que la congestion isolée de la glande hépatique puisse être rapportée au cœur, il faut que le diagnostic de la cardiopathie soit établi sur des bases sûres. Le plus souvent on se trouve en présence de lésions mitrales, et c'est ici qu'il ne faudra pas se laisser tromper par les souffles extra-cardiaques, qu'ils se fassent dans la lame pulmonaire précordiale, ou qu'ils se produisent dans le péricarde ou encore par les souffles de l'anémie. Nous ne pouvons insister sur les caractères de ces différents souffles qu'il faudra éliminer par l'auscultation dans les différentes positions, l'absence de propagation, les modifications qu'ils subissent par l'arrêt de la respiration, par le siège au foyer de l'artère pulmonaire pour les souffles anémiques. Le maximum au niveau de la base de l'appendice xyphoïde, le mode de pro-

pagation, l'auscultation dans le dos, éliminent aussi l'insuffisance tricuspидienne.

En terminant, il convient d'insister sur un caractère presque spécial à l'action du cœur sur le foie. Ce sont les variations de volume rapides en plus ou en moins qui se produisent au niveau de la glande hépatique. Elles sont souvent d'un secours précieux pour le diagnostic et permettent d'éliminer rapidement plusieurs des diagnostics dont on a parlé plus haut.

L'absence de l'ictère, quoiqu'elle ne soit pas absolue, est aussi une particularité à signaler. « On n'observe pas d'ictère en pareil cas, tandis que ce symptôme n'est pas rare dans la congestion active. C'est qu'en effet dans la congestion d'origine cardiaque, il s'agit d'une stase sanguine, d'un état hyperhémique passif, et que dès lors la circulation au lieu d'y être activée, ce qui active aussi le fonctionnement de l'organe, y est plutôt au contraire ralentie. Ainsi donc la polycholie constatée maintes fois dans la congestion active, celle qui précède par exemple les états inflammatoires aigus et qui peut amener à sa suite de l'ictère, si l'élimination de la bile par les voies normales ne se fait pas assez rapidement, fait défaut dans la congestion hépatique d'origine cardiaque, et l'ictère ne saurait se produire à moins de complications et par un tout autre mécanisme » (1).

Malgré tout, quand on se trouve en présence d'un cas dans lequel le foie peut se congestionner sous l'influence de plusieurs facteurs, on ne peut laisser d'être embarrassé.

1. Cyr. *Maladies du foie*, page 187.

sé. Il faut pourtant chercher quel est celui auquel revient la plus grande part dans le processus pathologique, quel est celui qui est le premier en date et qui par suite a dû jouer le plus grand rôle. « Nous avouons sans peine, dit Parmentier, que la clinique ne permet pas toujours de faire la juste part qui revient aux lésions antérieures du foie et aux lésions cardiaques proprement dites. Mais est-ce une raison suffisante pour ne pas même tenter de le faire, d'autant plus que tout le monde s'accorde à reconnaître qu'il existe des cas purs, dégagés de toute complication. » (1).

1. Parmentier, thèse Paris, 1890.

PATHOGÉNIE

Avant de rechercher la pathogénie, des troubles hépatiques d'origine cardiaque, il est bon de séparer, comme l'ont fait Sabourin et de Beurmann, le type aortique du type mitral : « Les malades appartenant au type aortique doivent avoir à tous les points de vue une place à part dans la pathologie du cœur. Les lésions valvulaires qu'ils présentent se rattachent aux altérations générales du système artériel, et s'accompagnent souvent de lésions valvulaires de même nature. Il s'agit plutôt d'une affection généralisée à détermination cardiaque que d'une cardiopathie primitive (1) ».

Nous aurons surtout en vue dans notre étude les maladies du cœur localisées à la valvule mitrale.

Foie cirrhotique et cardiopathie ancienne forment en clinique les deux termes d'une équation à peu près constante. A la défaite du myocarde, correspond nécessairement la rupture de l'équilibre circulatoire. La tension sanguine diminuée dans le circuit artériel devient excessive dans les veines et à cette inversion de la formule normale du

(1). Sabourin et de Beurmann. *De la cirrhose hépatique d'origine cardiaque*. — *Revue de médecine*, page 86.

courant sanguin correspondent des troubles profonds dans les organes dont le fonctionnement circulatoire est le plus précaire. Un asystolique, dans l'acception large du mot enfle ses jambes et son foie au maximum. En joignant à ce syndrome les autres œdèmes viscéraux dont les manifestations apparaissent par ordre variable, on reproduit le tableau de l'asystolie à la période ultime des maladies du cœur. L'œdème des jambes est banal chez un cardiaque à toutes les périodes. La congestion du foie ne semble pas aussi ordinaire, mais peut-être est-ce à cause de l'insuffisance de l'examen clinique. Il existe en effet, dans la circulation en retour du foie quelques défectuosités dont certains auteurs ont voulu faire la cause occasionnelle des congestions de cet organe. On sait que les veines sus-hépatiques s'abouchent dans la veine cave inférieure, tout au voisinage du cœur. De plus, ce confluent est totalement dépourvu de valvules; l'adhérence des vaisseaux sus-hépatiques au parenchyme du foie maintient leur béance d'une façon permanente.

A chaque systole, le ventricule droit fait effort sur la tricuspide et l'impulsion que reçoit cette dernière, même dans les cas où elle est suffisante, se transmet à une certaine distance de la veine cave inférieure. Ce reflux n'est entravé par aucun obstacle.

C'est là une théorie en quelque sorte physiologique des congestions hépatiques. Il ne faut lui accorder qu'une valeur toute relative et l'absence de valvules dans le système veineux est largement compensée par les conditions mêmes de la circulation intra-hépatique. Nous empruntons à M. Chauffard quelques considérations sur la circulation du foie.

« L'afflux du sang par l'artère hépatique se trouve entravé à chaque mouvement respiratoire à cause de l'augmentation que subit alors la pression intra-abdominale, l'inverse a lieu pendant l'expiration. On a démontré que le liquide injecté par l'artère hépatique sous une pression de 8 à 10 centimètres de mercure ne ressort que par les veines sus-hépatiques, bien que les veines portes restent béantes.

Dans le réseau porte, la pression du sang adhérent est très faible et varie entre 7 et 24 millimètres de mercure. Dans les veines sus-hépatiques, la tension moyenne est encore plus basse, puisqu'elle oscille entre + 4 millimètres de mercure et un minimum de — 5 millimètres de mercure » (1).

Il faut encore ajouter au nombre des conditions favorisant la circulation hépatique, l'influence des mouvements respiratoires, les modifications de la fosse abdominale et les nombreuses voies de dérivation que forment les veines portes accessoires.

Malgré l'absence de valvules, le foie semble donc physiologiquement assuré contre la congestion, pourvu toutefois que le myocarde conserve l'intégrité de sa contraction et il nous faut chercher aux hyperhémies hépatiques qui nous intéressent une interprétation tirée d'autre part que l'hydraulique sanguine. La pathologie du foie a été l'objet dans ces dernières années d'une classification qui nous permet de concevoir une cause à ces localisations congestives sur le foie de certains cardiaques.

1. Chauffard. *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, page 776.

N'est-il pas permis d'invoquer dans les pathogénies de congestions du foie d'origine cardiaque des actions nerveuses réflexes ? C'est là, dira-t-on, une explication toute gratuite sans appui anatomo-pathologique et sans contrôle clinique. Force cependant nous est d'y avoir recours. Il reste encore bien des chapitres en pathologie où le terme inhibition garde sa place. Pour ce qui est des actions réflexes cardio-hépatiques, nul ne les conteste depuis que le professeur Potain a admis et établi cliniquement le contre-coup à peu près fatal des affections hépatiques sur le cœur droit. Il existe des exemples remarquables où un ictère bénin en apparence a eu pour complication la plus redoutable la dilatation de la tricuspide. L'action réflexe peut vraisemblablement suivre le chemin inverse : une lésion du cœur gauche pourrait ainsi exercer une influence inhibitoire sur les vaso-moteurs du foie. D'ailleurs les congestions d'origine réflexe ne sont pas choses inconnues, ni rares. Les vaisseaux des deux oreilles se dilatent chez le lapin à la suite de l'excitation du sciatique ; dans cet exemple il s'agit d'influences nerveuses réciproques périphériques. Pour les viscères, la loi reste la même. L'excitation des nerfs dépresseurs produit la vaso-dilatation du mésentère. Les paralysies vaso-motrices peuvent donc se produire par action réflexe d'un organe central sur un autre organe central.

Vulpian, faisant allusion aux phénomènes vaso-moteurs d'origine réflexe dit « c'est là un fait constant et qui s'observe dans tous les tissus *vasculaires*. Il est facile de comprendre que les actions vaso-dilatatrices réflexes peuvent avoir lieu sous l'influence de causes variées dans tous les

organes profonds : La membrane muqueuse gastro-intestinale ; les poumons, *le foie*, les centres nerveux » (1). Les expériences de cet éminent physiologiste ont prouvé surabondamment que la fonction hépatique était placée sous la dépendance du système nerveux.

La clinique nous offre d'ailleurs à l'appui de la théorie de ces congestions réflexes des exemples très probants : on connaît les ictères survenus à la suite d'une frayeur, il s'agit évidemment d'une hyperhémie d'origine nerveuse. Autre observation banale : il suffit à quelques individus susceptibles d'un excès de table pour provoquer un ictère avec tuméfaction du foie, avant que l'infection semble pouvoir jouer un rôle.

Dans les cas de maladie cardiaque, pourquoi ne pas faire entrer en ligne de compte un réflexe parti de l'endocarde ? Nous émettons timidement cette hypothèse à laquelle nous ne pouvons donner de meilleur appui que la théorie fondée par Potain sur l'insuffisance tricuspидienne d'origine hépatique.

Enfin si la solidarité cardio-hépatique existe d'une façon indéniable, nous n'avons pas la prétention d'en élucider tous les secrets. Il y a des cardiopathies qui font de préférence leur localisation congestive sur le foie, beaucoup sur le poumon et d'autres sur le cerveau : il y a là une question d'idiosyncrasie pour chaque organe. Avec la même dose d'alcool, deux individus auront l'un des manifestations nerveuses, l'autre les troubles de la cirrhose atrophique.

1. Vulpian. *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, 1875, tome I, page 250.

Il existe toute une série de cardiaques chez qui la congestion hépatique trouve une explication toute naturelle dans des altérations antérieures du foie. Il s'agit en pareil cas de localisations morbides sur un organe en état de moindre résistance, un traumatisme du genou peut bien sur un terrain prédisposé aboutir à une tumeur blanche. Accidents syphilitiques nerveux, survenant chez des névropathes, voilà des analogies banales. Pour le foie adultéré par l'alcool, la preuve a été faite surabondamment. Un alcoolique atteint de cirrhose atrophique chez qui la fonction cardiaque est touchée aura une asystolie à prédominance de symptômes hépatiques. En pareil cas, l'action atrophiante de la sclérose est contrebalancée par l'hypertrophie congestive qui vient du cœur.

Cette observation a été faite par bien des auteurs et entr'autres par Mathieu (1).

Chez un de ses malades, alcoolique, le foie mesurait 20 centimètres d'étendue sur la ligne mamelonnaire. A l'autopsie, et à l'examen microscopique, on constatait des lésions mixtes, tenant en même temps des deux processus. Mais ces cas ne rentrent plus dans notre cadre. Ils nous montrent simplement l'action concomitante de l'alcool et de la cardiopathie sur le foie. Même dans les affections cardiaques au début, l'alcoolisme joue son rôle. Rendu a fait ressortir cette influence dans un remarquable mémoire (2). Les altérations de la cirrhose atrophique portent d'une façon générale sur le tissu conjonctif

1. Mathieu. *Archives générales de Médecine*, 1883, page 48.

2. Rendu. *Influence des maladies du cœur sur les maladies du foie*. Académie de médecine, 1883.

du foie. Il en résulte une diminution progressive de l'organe ; la circulation sanguine y est entravée, l'ascite, le réseau sous-cutané abdominal sont les traductions cliniques de ce barrage. On comprend que, même au début, les veines sus-hépatiques étant comprimées, le terrain soit tout préparé pour la stagnation du sang.

L'alcoolisme, par des effets propres, peut donc servir d'intermédiaire entre le cœur et le foie. Nous allons voir qu'il est permis de trouver d'autres enchaînements à ces actions réciproques. Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter à la thèse de Boix des exemples de dyspepsie ayant entraîné des altérations secondaires du côté du foie. Les troubles digestifs chez les cardiopathes sont choses habituelles ; il s'agit ordinairement de gastrite chronique vulgaire. Lancereaux signale la stase veineuse dans les tuniques de l'estomac (1). Hauteœur a étudié le chimisme stomacal (2). Il a observé une diminution dans la sécrétion une acidité totale faible, des proportions d'acide chlorydrique libre et combiné fort au-dessous de la normale. Si l'acidité est exagérée, c'est qu'il existe des acides de fermentation. Cette dyspepsie des cardiaques est bien faite pour favoriser la congestion hépatique. Le foie dyspeptique est entré, grâce aux travaux de Hanot, dans le cadre nosologique. Les cirrhoses d'origine gastro-intestinale, avaient été vues d'ailleurs par Andral (3) ; mais c'est surtout à Georges Budd (4) qu'on doit les premières descrip-

1. Lancereaux. *Ann. d'anatomie pathologique*.

2. Hauteœur. Thèse de Paris 1891.

3. Andral, *Cliniques médicales*.

4. G. Budd, 1857. *On diseases of the liver*.

tions. « On les rencontre quelquefois (cirrhoses) chez les personnes tempérantes de telle façon qu'il est nécessaire qu'il y ait d'autres causes que les boissons spiritueuses. Il peut y avoir d'autres substances, parmi l'immense variété des matières introduites dans l'estomac, ou parmi les produits de la digestion défectueuse, qui absorbés par le sang porte causent comme l'alcool l'inflammation adhésive du foie ».

Chez les cardiaques dyspeptiques, deux influences se combinent, et fait curieux, les troubles hépatiques de ces malades ressemblent singulièrement à ceux que l'on rencontre dans les affections gastro-intestinales isolées. Dans les deux cas, il s'agit de congestion simple à caractères intermittents, entraînant des variations de volume du foie souvent fort considérables et qui cèdent sous l'influence d'un traitement approprié. Une conséquence toute naturelle découle en clinique de cette action des dyspepsies, ce mot étant employé d'une façon très compréhensive. Chez un cardiaque, il ne faut jamais manquer de s'enquérir de l'état des fonctions digestives et on y trouvera souvent l'explication des troubles hépatiques.

Vraisemblablement, les principales causes de prédisposition du foie résident dans l'alcoolisme et dans un mauvais fonctionnement du tube digestif. Mais il est permis d'admettre bien d'autres facteurs on connaît les altérations produites sur le foie par la grossesse et surtout par des grossesses répétées. Les lésions portent sur les éléments cellulaires qui subissent une véritable dégénérescence graisseuse. Si l'on joint à cela les troubles circulatoires qu'entraîne la gestation, (troubles gravido-car-

diaques de Peter), on comprend le fâcheux retentissement qui peut en résulter sur la circulation de la glande hépatique. Il en est de même de bon nombre d'infections qu'elles soient aiguës, comme la variole et autres fièvres éruptives, et surtout la fièvre typhoïde, dont les complications hépatiques sont fréquentes, ou chroniques comme les suppurations prolongées.

L'impaludisme, la lithiase biliaire, l'arthritisme sont autant de causes prédisposantes à la congestion du foie. Pour nous résumer, nous dirons que le foie des cardiaques, déjà exposé à la congestion par suite d'une diminution de la pression sanguine générale, devient d'autant plus vulnérable que d'autres influences nocives s'exercent sur lui, cependant, tout un côté de la question reste encore obscur, et lorsqu'on ne trouve aucune cause d'altération du foie en dehors de la lésion valvulaire, on est obligé d'admettre une susceptibilité naturelle de l'organe ou bien une action réflexe s'exerçant à distance et dont les conditions sont encore très mal déterminées.

TRAITEMENT

Au point de vue de la thérapeutique, l'affection du foie que nous avons eue en vue est à isoler complètement des congestions banales. En présence d'un cardio-hépatique au stade congestif, une indication doit dominer les prescriptions du médecin. C'est à une affection du système vasculaire qu'il a affaire et pour agir efficacement, il faut s'adresser à la cause première. Encore faut-il distinguer deux catégories de malades ; chez les uns l'hypertrophie du foie est fonction de la lésion cardiaque et elle en suit fidèlement les étapes ; chez d'autres, il n'en est pas de même, la congestion hépatique suit pour ainsi dire une marche indépendante. Alors que le myocarde conserve encore son énergie de contractilité, le foie déchoit peu à peu et s'achemine progressivement vers la cirrhose. Dans ces derniers cas, le plus souvent une nouvelle cause s'ajoute à la cardiopathie : alcool, dyspepsie, impaludisme, lithiase ; c'est au clinicien d'établir la part de ces diverses influences morbides et à guider la thérapeutique d'après les données de l'étude détaillée des symptômes.

Les médicaments cardiaques qu'il faut employer che

les malades qui se rangent dans la première catégorie demandent à être maniés avec une extrême prudence.

La révulsion sur l'hypochondre droit, ventouses sèches ou même scarifiées, le repos, la diète lactée auront le plus souvent raison des congestions du foie survenant au cours d'une cardiopathie bien compensée. Dès que le cœur menace de faiblir, il faut au plutôt lui rendre le tonus nécessaire, en même temps agir sur le système vasculaire. Nous disposons d'un médicament merveilleux, la digitale. Encore avec Huchard ferons-nous une distinction entre les malades à simple congestion hépatique et ceux chez qui il y a déjà de la cirrhose.

Chez les premiers, l'agent thérapeutique de choix est la digitale : elle agit par excellence sur ces congestions passives ; son influence s'exerce à la fois sur le cœur dont elle ralentit et régularise les pulsations, en renforçant la systole, et sur le système vasculaire périphérique. Elle semble agir surtout par l'intermédiaire des vaso-constricteurs ; la contraction des capillaires communique une impulsion plus grande au sang des réseaux situés aux confins des circulations artérielles et veineuses et aide l'action du cœur. Et le médicament agit d'autant mieux que l'on s'adresse à un myocarde sain, avec des lésions valvulaires qui sont assez bien compensées pour ne se traduire que par une stase localisée.

Au contraire quand la congestion permanente a déterminé de la sclérose, il faut s'attendre à des déceptions. La digitale ne peut rien et vient se briser contre le barrage que la cirrhose oppose à la circulation. C'est ici surtout qu'il ne faudra pas continuer trop longtemps l'administra-

tion de ce médicament, pour ne pas créer l'asystolie là où elle n'est encore qu'ébauchée.

D'ailleurs la digitale ne remplit pas à elle seule toutes les indications : tout d'abord, elle peut ne pas être tolérée par l'estomac ; il faudra tâter la susceptibilité de cet organe, car l'intégrité de ses fonctions a sur le pronostic de la congestion hépatique une grande influence ; si la digitale vient en première ligne comme médicament cardiaque, elle peut se remplacer, dans les cas d'intolérance par la spartéine, le strophantus, la caféine en injections hypodermiques.

Mais soigner le cœur de ces malades n'est qu'une partie du traitement, la plus importante si l'on veut : on peut aussi agir directement sur les fonctions biliaires et soulager ainsi la glande congestionnée. Les purgations au calomel sont tout particulièrement indiquées ; cet agent thérapeutique exerce une double action : c'est un antiseptique intestinal et c'est un cholagogue ; il provoque l'afflux de la bile dans l'intestin et en même temps, il favorise les évacuations intestinales : libre circulation de la bile, moindre quantité de substances toxiques dans le réseau de la veine porte, tels sont les résultats du traitement au calomel. De même les grands lavements froids par l'excitation des canaux biliaires qu'ils produisent trouvent leur indication.

Nous disposons, pour compléter l'asepsie du tube digestif, d'un médicament qui est en grande faveur aujourd'hui : c'est le benzo-naphtol. On peut l'employer sans crainte : il est bien supporté et assure la désinfection de l'intestin.

L'alimentation joue dans le traitement un rôle important : au moment des crises, le régime lacté s'impose. Il a l'avantage de réduire au minimum les fermentations digestives, de nourrir suffisamment et d'exercer en plus une heureuse influence sur la sécrétion urinaire, dont nous avons vu l'importance toute particulière en la matière.

Si le lait est mal supporté, on pourra l'additionner d'eau de Vichy qui, grâce à son alcalinité, lutte contre l'acidité stomacale et favorise la digestion.

Pour que l'action thérapeutique se fasse sentir rapidement, le malade doit être mis au repos absolu, afin de diminuer autant que possible le travail du cœur. On a vu plus haut l'influence du surmenage du travail physique, surtout sur la production des accidents : il faudra donc recommander aux malades d'observer, même dans l'intervalle des poussées congestives, un régime où le repos tiendra encore la plus grande place. Eviter les fatigues, le travail musculaire en même temps que le café, l'alcool, les liqueurs seront soigneusement supprimées.

La particularité qui nous semble devoir être mise en relief dans le traitement de la congestion isolée du foie d'origine cardiaque, c'est la supériorité du traitement digitalique et les résultats rapides que l'on peut en obtenir. Il suffit souvent à lui seul pour tout faire rentrer dans l'ordre.

De plus, il vient en quelque sorte corroborer le diagnostic, en montrant que c'est bien le cœur qui était en jeu et qui tenait sous sa dépendance la stase hépatique. Il montre aussi que c'est bien à un foie au stade congestif que l'on s'adresse et que la sclérose ne s'est pas encore organisée.

CONCLUSIONS

1° La congestion isolée du foie due à une cardiopathie est difficile à rattacher à sa véritable cause.

2° L'élimination des autres causes de congestion du foie, et en particulier des troubles digestifs, autorise seule à rapporter les accidents observés à l'action du cœur.

3° L'action du cœur uniquement sur le foie se trouve surtout chez les malades dont le foie est déjà altéré par une infection ou une intoxication et surtout par l'alcoolisme.

4° Il est des cas cependant où l'on ne trouve aucun antécédent pathologique qui puisse faire penser à une adulation antérieure de la glande hépatique. C'est dans ces cas que l'on peut émettre l'hypothèse d'un réflexe parti du cœur et agissant sur le foie.

5° La congestion hépatique aggrave le pronostic dans les cardiopathies qui jusque-là ne se sont manifestées par aucun phénomène de gêne circulatoire.

6° La digitale n'est pas seulement un moyen thérapeutique, mais encore un moyen de contrôle pour le diagnostic.

Observation IV (personnelle).

Félicie M..., âgée de 31 ans, blanchisseuse, entrée à l'hôpital Tenon, le 7 février 1897.

Pas d'antécédents héréditaires. Le père mort d'accident ne faisait pas d'excès de boisson. La mère est bien portante. Deux sœurs bien portantes aussi.

La malade n'a jamais eu de maladie grave, mais, dès son enfance, elle avait quelquefois des oppressions survenant à la suite de courses un peu prolongées ou de mouvements violents. Elle avait aussi souvent des congestions brusques de la face. Elle n'est réglée qu'à 15 ans et de façon assez peu régulière. La taille est un peu au-dessus de la moyenne, la malade est normalement développée. Elle n'a jamais toussé et elle fait son métier de blanchisseuse sans accidents jusqu'au 3 février. Pas de grossesse.

Le 3 février. — Après une fatigue plus grande que de coutume, elle est prise d'une douleur au niveau de l'hypochondre droit, immédiatement au-dessous des fausses côtes. Le lendemain et les jours suivants, elle garde le lit, sans fièvre, sans frissons, mais avec persistance de la douleur.

Le 7 février. — A l'entrée à l'hôpital, on constate que la douleur est répartie sur toute la surface accessible du foie, qui déborde largement les fausses côtes, de 5 centimètres sur la ligne

mamelonnaire. Le bord supérieur n'est pas abaissé. La percussion, comme la palpation, est douloureuse ; la douleur spontanée n'existe guère qu'au moment de l'expiration.

Le bord inférieur du foie est lisse et se sent aisément grâce à la dépressibilité de la paroi abdominale. La rate n'est pas augmentée de volume, il n'y a pas d'ascite. Les troubles digestifs sont peu accusés : Inappétence, quelques éructations. Il n'y a pas trace d'ictère et les matières fécales sont colorées normalement.

L'examen de l'appareil respiratoire ne dénote rien d'anormal : Les bases sont sonores et respirent bien.

Au niveau du cœur, on constate un roulement présystolique très net qui donne un rythme à trois temps. Le pouls est petit, assez faible, mais absolument régulier. Les jugulaires n'ont pas de battements propres.

La malade, interrogée, affirme qu'elle n'a jamais eu les jambes enflées. Au niveau des malléoles il n'existe d'ailleurs pas la moindre trace d'œdème. Les urines sont assez abondantes : 1100 grammes ; elles ne contiennent pas d'albumine. Mais présentent la réaction de Gmelin.

Température normale.

La malade est mise au régime lacté et prend un purgatif salin.

Le 9 février. — Le foie a encore augmenté de volume ; son bord inférieur s'est abaissé d'un travers de doigt depuis l'entrée à l'hôpital ; le pouls est toujours petit, mais il est moins régulier et plus rapide : 96 pulsations.

Le 10 février, le pouls est à 104 avec quelques irrégularités. Cependant pas de troubles pulmonaires, pas trace d'œdème. Le

foie présente le même volume. Il est plus douloureux à la pression. On donne 1 gramme de teinture de digitale.

Le 14 février, la malade a pris de la digitale jusqu'à ce jour. Le pouls est redevenu absolument régulier, il présente toujours les caractères de faiblesse qu'il avait au début. Le roulement pré-systolique se distingue aisément. La malade urine abondamment, 2 litres 300. Quant au foie, il a regressé et ne déborde plus les fausses côtes que de 2 centimètres. La malade se trouve beaucoup mieux et sort, se croyant guérie.

Elle rentre de nouveau à l'hôpital, le 28 février ; elle avait dans l'intervalle recommencé à travailler et se plaint exactement des mêmes accidents. Son foie débordé de 4 grands travers de doigt. Son cœur présente quelques irrégularités.

Cette fois, elle est mise d'emblée à la digitale.

Le 5 mars, le cœur est redevenu régulier, la diurèse est abondante. Le foie a de nouveau diminué de volume et est à peine accessible au dessous des fausses côtes.

Le 9 mars, la malade quitte l'hôpital.

Observation V

Thèse de Rigal, p. 51.

D..., âgé de 27 ans, entre à Necker, service de Boulay, le 28 mars 1864.

Il y a deux ans, il a été affecté d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé : Depuis ce moment existent des palpitations et de

l'essoufflement surtout lorsqu'il marche vite. Il n'a jamais eu d'œdème des jambes.

État actuel. — Teint anémique. Les forces et l'appétit sont conservés : un peu d'oppression surtout pendant les mouvements.

Matité précordiale normale ; pulsation cardiaque bien accusée, présentant de temps à autre quelques irrégularités. L'auscultation révèle un bruit de souffle au 1^{er} temps couvrant tout le 1^{er} bruit et une partie du deuxième qui ne devient bien distinct qu'à la base du cœur ; le maximum de ce bruit de souffle est manifestement à la pointe. Un léger murmure continu dans les vaisseaux du cou. Pouls un peu irrégulier, de force moyenne.

Le foie dépasse le rebord des fausses côtes de deux travers de doigt ; il est un peu douloureux. Les jambes ne présentent pas la moindre trace d'œdème. Rien à la poitrine.

Pendant quinze jours, traitement tonique par le fer et le quinquina. A plusieurs reprises on a constaté le même état du cœur et du foie.

Au moment de la sortie, le volume du foie avait diminué sensiblement. Son bord inférieur était à peine senti au dessus des fausses côtes. L'état du pouls et du cœur restait toujours le même.

Observation VI

Thèse Parmentier, page 109.

Rétrécissement mitral d'ancienne date. Légère arythmie. Asystolie hépatique. Foie gros, dur, douloureux, tympanisme abdo-

minal, pas d'ascite, pas de troubles digestifs, urobilinurie, glycosurie alimentaire à un faible degré.

La nommée P..., Léontine, 50 ans, vernisseuse, entrée le 21 septembre 1889, salle Barth, lit n° 19.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 84 ans. Mère morte à 79 ans, trois frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans le jeune âge. Menstruation à 17 ans, trois accouchements faciles. Suites de couches très bonnes. Les règles ont cessé il y a dix-huit mois. Il y a quatre semaines environ, a commencé à se trouver gênée de la respiration, hors d'haleine à la moindre fatigue. Elle éprouvait des pesanteurs et de la douleur sous les côtes droites, au creux de l'estomac et dans les reins ; la nuit, la souffrance disparaissait. Toutefois le ventre ne grossissait pas. Depuis qu'elle est entrée, il a augmenté de volume. Ni syphilis. Ni alcoolisme.

Etat actuel. — Femme robuste, quoique un peu maigre, faciès pâle, légère teinte jaunâtre des sclérotiques ; pas de cyanose des lèvres. Elle appelle immédiatement l'attention sur les douleurs qu'elle ressent au niveau de l'hypochondre droit et de l'épigastre. Les douleurs sont vives quand elle est restée debout une partie de la journée ou lorsqu'elle a marché ; le soir, elles sont toujours plus prononcées ; le matin, elles ont disparu entièrement ; enfin, elles n'augmentent pas pendant la digestion.

En découvrant la malade, on peut constater un développement notable de l'abdomen. Les téguments sont sillonnés de veines bleuâtres. La peau n'est pas œdématisée ; la paroi est peu tendue, facilement dépressible. Le ventre est sonore partout ; tympanisme notable.

En portant la main sur l'hypochondre droit, qui est sensible, on perçoit une surface régulière, dure, qui s'étend des deux fausses

côtes à l'ombilic. Son bord, qu'on peut saisir en déprimant la paroi abdominale, est mousse, dur, régulier et va obliquement en remontant vers le bord costal gauche.

Cette masse est représentée par le foie hypertrophié et douloureux spontanément et à la pression. Matité verticale (ligne mammaire : 16 centimètres ; ligne médiane : 10 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde. La rate n'est pas augmentée de volume.

La malade a bon appétit, digère bien, a un peu de ballonnement du ventre après les repas. Elle va bien à la selle et n'a pas d'hémorrhôïdes.

Urine haute en couleur, non albumineuse 1 litre et 1/2 par vingt-quatre heures.

Urobilinurie et glycorurie alimentaire.

Ni les membres supérieurs, ni les membres inférieurs ne sont gonflés.

La malade, au lit, respire facilement ; la respiration n'est pas plus fréquente que la normale. La poitrine est sonore dans toute son étendue ; le murmure vésiculaire s'entend bien dans toute son étendue ; en arrière, à la base droite existent quelques frottements.

Le poulx est égal, bondissant, fuyant, peu irrégulier (toutes les 15-20 pulsations, 1 pulsation plus faible.)

La région précordiale présente une voussure qui porte sur les 3^e, 4^e et 5^e côtes et espaces correspondants. La pointe bat dans le 6^e espace sous le sein. Il n'y a pas de frémissement cataire. La matité cardiaque : 6 centimètres D. V.

À l'auscultation, à la pointe, souffle prolongé au premier temps. À la base, dédoublement du deuxième bruit. Les battements du cœur sont forts : Un arrêt toutes les 15 ou 20 révolutions cardiaques.

Observation VII (personnelle).

Engène F..., âgé de 23 ans, garçon de magasin, entre le 25 mars à l'hôpital Tenon.

Le père est mort de fluxion de poitrine; la mère a des crises nerveuses et a eu plusieurs attaques de rhumatisme.

Dans son enfance, il n'a pas eu de maladie grave, il est bien développé. A l'âge de treize ans, première atteinte rhumatismale. A dix-sept ans, deuxième attaque de rhumatisme, plus grave et qui le laisse trois semaines au lit. Depuis lors pas de maladies aiguës. Le malade fait son travail sans trop de fatigues, sauf qu'il a quelquefois des vertiges et des palpitations. Il a été réformé au moment de faire son service militaire, pour maladie de cœur.

Pas d'habitudes alcooliques.

Le 23 mars, le malade se plaint de palpitations plus violentes qu'à l'ordinaire. Il continue cependant à travailler jusqu'au 25 mars jour de son entrée à l'hôpital.

A l'examen, on constate que le foie déborde largement dans l'abdomen; le lobe droit descend jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic. Tout l'hypochondre droit est douloureux à la pression. La rate est normale, l'appareil pulmonaire est intact. Peu de symptômes digestifs; la langue est saburrale; le malade a conservé son appétit jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Les urines contiennent des pigments biliaires en assez notable quantité.

Le pouls est assez rapide et irrégulier. Le cœur présente un souffle systolique à maximum sous-mamelonnaire, se propageant nettement dans l'aisselle et s'entendant dans le dos. Il n'y a pas d'autres phénomènes de gêne circulatoire que ceux du côté du foie. Pas d'œdème, pas d'ascite. On donne néanmoins de la digitale.

Le 25 mars, le cœur est régulier, les urines sont portées à deux litres. Le foie est à mi-chemin de l'ombilic et des fausses côtes.

Le 12 avril, le malade sort : Le foie déborde encore les fausses côtes de trois centimètres sur la ligne mamelonnaire. La douleur a complètement disparu.

Observation VIII

(Thèse de Dumont).

Le nommé S..., âgé de 37 ans, s'est toujours bien porté jusque dans ces derniers temps.

A la fois alcoolique et athéromateux, le malade fut pris il y a huit mois de palpitations et d'accès d'oppression survenant au moindre effort. En même temps, il éprouvait une sensation de barre au creux épigastrique. Entré à cette époque dans le service du Dr Bucquoy, on lui fit une application de pointes de feu à la région précordiale. Sensiblement amélioré, il veut reprendre son travail, mais les accidents réapparaissent, il entre alors dans le service du Dr Hanot.

Il n'a jamais présenté d'œdème des jambes. La dyspnée est extrême et le force à rester assis. La face est pâle. L'anxiété profonde.

L'auscultation révèle quelques rares râles sous-crépitaux aux deux bases. La matité cardiaque n'est pas augmentée. A la base du cœur, on entend un bruit de scie qui occupe le deuxième temps et le grand silence. A la pointe, on isole nettement de ce bruit, un autre souffle doux systolique, en jet de vapeur.

Le souffle de la base se propage nettement dans les vaisseaux du cou qui sont le siège de battements violents.

Les artères sont athéromateuses, le pouls est bondissant, dépressible.

Le foie qui est douloureux est augmenté de volume très notablement et mesure 15 centimètres au niveau de la ligne mamelonnaire.

Le malade accuse des battements très pénibles au niveau de la région épigastrique. Anorexie absolue.

Traitement. — Eau-de-vie allemande 20 grammes.

Régime lacté. 8 sangsues au niveau du foie.

L'amélioration a été très rapide et au bout de 15 jours le malade sortait guéri.

Observation IX

(Thèse Parmentier).

Insuffisance mitrale d'origine rhumatismale. — Hypertrophie considérable du foie. — Asystolic hépatique.

Don... Marie, âgée de 15 ans.

Antécédents personnels. — Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 8 ans. Insuffisance mitrale consécutive. Santé délicate, état maladif, essoufflement, palpitations, impossibilité de courir ou de marcher un peu vite sans oppression.

Tant bien que mal, Don... traîne ainsi jusqu'en mars 1889. Elle est examinée à cette époque par le Dr Callamand, de Saint-Mandé, qui constate une hypertrophie considérable du foie et une insuffisance mitrale. Par son intermédiaire, nous avons pu examiner la malade en octobre ; jusqu'à cette date elle avait été soumise au régime lacté-mitigé ; à l'iodure de potassium et de temps en temps à la digitale.

La malade a un fond légèrement jaunâtre du visage, plus particulièrement marqué au niveau des sclérotiques. Elle ne présente pas et n'a jamais présenté d'œdème des jambes. Le ventre est volumineux, ne renferme pas d'ascite. La paroi abdominale est tendue, non œdématiée, sillonnée de quelques veines bleuâtres légèrement dilatées ; tympanisme. Le foie est très volumineux, descend à droite jusqu'à la hauteur de l'épine iliaque et dépasse l'ombilic de trois travers de doigt ; sa surface est régulière, lisse, sa consistance est forte, le bord est dur. La palpation de la glande hépatique est sensible ; pas de douleurs spontanées, sensation de pesanteur dans l'hypochondre droit, impossibilité de se serrer la

taille. Les urines sont fortement colorées. Léger degré de congestion pulmonaire à la base. Souffle manifeste au premier temps et à la pointe. La malade dit avoir appétit. Elle est actuellement au régime lacté. Pas de nausées, un peu de constipation.

Don..., qui depuis un an garde la chambre d'une façon presque continue et qui est en état d'asystolie pour ainsi dire permanent, se cachectise assez rapidement à partir du mois d'octobre. Après avoir présenté de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale, du purpura, ou affaiblissement progressif, elle finit par succomber le 28 décembre.

Vu par le Président de la thèse

DIEULAFOY.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CORVISART. — Essai sur les maladies du cœur, 1818.
- ANDRAL. — Clinique médicale, 1840.
- STOKES. — Essai sur les maladies du cœur et de l'aorte, 1854.
- FRERICHs. — Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires.
- RIGAL. — De l'affaiblissement du cœur et des gros vaisseaux. Thèse Paris, 1866.
- TALAMON. — Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur le foie cardiaque. Thèse 1881.
- MATHIEU. — Etat et rôle du foie dans l'asystolie des alcooliques. Archives générales de médecine, 1883.
- POTAIN ET RENDU. — Article cœur. Dictionnaire Dechambre.
- RENDU. — Dictionnaire Dechambre. Article foie.
- TESSIER. — Congestion du foie. Progrès médical 1879.
- DUHAMEL. — Congestion du foie. Gazette des hôpitaux 1866.
- BARIE. — Accidents cardio pulmonaires consécutifs aux affections gastro-hépatiques. Revue de médecine 1883.
- J. SIMON. — Dictionnaire Jaccoud. Article foie.
- MAURICE RAYNAUD. — Dictionnaire Jaccoud. Article cœur.
- DE BEURMANN ET SABOURIN. — De la cirrhose hépatique d'origine cardiaque. Revue de médecine 1886.

DUMONT. — De l'asystolie à forme hépatique. Thèse Paris 1887.

TAPRET. — Foie cardiaque. Union médicale 18 et 25 juillet 1889.

PARMENTIER. — Le foie cardiaque. Thèse Paris 1890.

HANOT. — Clinique à l'hôpital Saint-Antoine.

— Semaine médicale, 1894.

— Note sur le mécanisme de l'asystolie hépatique, société médicale des hôpitaux, mai 1895.

POTAIN. — Foie cardiaque et cirrhose atrophique, gazette des hôpitaux, 1892.

— Foie cardiaque. Union médicale, 1891.

DUJARDIN-BEAUMETZ. — Des congestions du foie et de leur traitement. Bulletin médical 1892.

— Sur le traitement des affections hépatiques et du foie sanguin. Bulletin thérapeutique 1892.

OPPENAT. — Thèse Paris. 1895.



